Deutscher Bundestag **Drucksache 18/12604**

18. Wahlperiode 31.05.2017

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 18/10938, 18/11187, 18/11225 Nr. 9 –

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

A. Problem

Neuere Erkenntnisse der epidemiologischen und medizinischen Wissenschaft sowie Erfahrungen der Länder und des Bundes mit dem Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) hätten weitere punktuelle Verbesserungsmöglichkeiten im IfSG aufgezeigt. Ferner hätten sich die Rahmenbedingungen für den Infektionsschutz im internationalen Kontext sowie unionsrechtliche Vorschriften fortentwickelt, sodass auf nationaler Ebene gesetzlicher Anpassungsbedarf bestehe.

B. Lösung

Es soll ein elektronisches Melde- und Informationssystem für übertragbare Krankheiten als Instrument zur raschen Bekämpfung und zur Verhütung von Infektionskrankheiten datenschutzkonform etabliert werden. Der Aufwand für die Aufbereitung der Daten, für die Veröffentlichung in Form von Berichten und zur öffentlich zugänglichen, interaktiven Online-Datenabfrage werde reduziert. Es werde ein Instrumentarium geschaffen, mittels dessen Infektionskrankheiten rasch bekämpft werden können und Deutschland in puncto Infektionsüberwachung zu einem Vorreiter in Europa werde. Darüber hinaus gibt es weitere Änderungen des IfSG und mit dem Infektionsschutz zusammenhängender Bestimmungen anderer Gesetze.

Annahme des Gesetzentwurfs in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/10938, 18/11187.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Im Rahmen der Änderungen von § 34 IfSG entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger. Für vollziehbar Ausreisepflichtige und Spätaussiedler kann ein noch nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand erwachsen, da die Pflicht, ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, für diese Personengruppen geringfügig erweitert wird (§ 36 Absatz 4 IfSG - neu).

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch Änderungen von Informationspflichten (etwa durch die Ausweitung der zu übermittelnden Angaben nach den neuen §§ 9 und 10 IfSG) entsteht insbesondere für die Ärzteschaft, Krankenhäuser und Laboratorien Erfüllungsaufwand in geringer Höhe. Nach Erlass einer Rechtsverordnung zur Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems (§ 14 IfSG - neu) sind einmalige Mehrausgaben für zu aktualisierende Praxissoftware naheliegend. Diese sind allerdings vermeidbar, da allen Melde- und Benachrichtigungspflichtigen auch eine kostenlose Internetplattform angeboten werden soll. Für die Inhaber von Schwimm- oder Badebecken und Schwimm- oder Badeteichen entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand im Rahmen des neuen § 37 IfSG.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Das elektronische Melde- und Informationssystem soll spätestens 2021 in die Betriebsphase übergehen. Die Betriebskosten (ab 2021) belaufen sich auf zirka 60 000 bis 100 000 Euro jährlich. Das RKI geht für die Betriebsphase derzeit von einem zusätzlichen Personalbedarf im Umfang von mindestens fünf Stellen und damit verbundenen Personalausgaben in Höhe von zirka 380 000 Euro für die kontinuierliche technische und inhaltliche Weiterentwicklung des Systems aus. Hinzu kommen mögliche Kosten für ein externes Hosting. Eine abschließende Kostenabschätzung auf Landes- und Kommunalebene ist derzeit noch nicht möglich. Zu berücksichtigen sind hier die Kosten für gegebenenfalls notwendige Aktualisierungen der Software und für Schulungen. Nach Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung nach dem neuen § 14 Absatz 8 IfSG (geplant bis 2021) kann es zu Entlastungen in Höhe von voraussichtlich bis zu 3 Millionen Euro jährlich kommen, weil sich der administrative Vollzugaufwand im öffentlichen Gesundheitsdienst bei Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems verringern wird. Die Entlastungen entstehen vor allem durch die Reduzierung des Aufwands bei der Eingabe von Fällen und durch den reduzierten Ermittlungsaufwand durch die erhöhte Vollständigkeit der Angaben in den Meldungen. Zugleich sind die frei werdenden Ressourcen jedoch für eine bessere Umsetzung der Kernaufgaben im Infektionsschutz einzusetzen, wodurch eine bessere Umsetzung des Infektionsschutzes ermöglicht werden soll. Durch ein erhöhtes Datenaufkommen und die angestrebte höhere Meldetreue der Meldepflichtigen kann es auch zu einer Mehrbelastung der Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes

kommen. Durch weitere Änderungen des Infektionsschutzgesetzes entsteht der Verwaltung zusätzlicher Erfüllungsaufwand in insgesamt nicht bestimmbarer Höhe.

F. Weitere Kosten

Es entstehen keine weiteren Kosten. Auswirkungen auf Einzelpreise oder das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/10938, 18/11187 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Berlin, den 31. Mai 2017

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Rudolf Henke
Berichterstatter

Sabine Dittmar
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten
– Drucksachen 18/10938, 18/11187 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten	**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Infektionsschutzgesetzes	**Änderung des Infektionsschutzgesetzes**
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) Nach der Angabe zu § 1 wird folgende Angabe eingefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 1a Verarbeitung personenbezogener Daten“.	
b) Die Angabe zum 3. Abschnitt wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„3. Abschnitt Epidemiologische Überwachung“.	„3. Abschnitt u n v e r ä n d e r t
c) Die Angaben zu den §§ 11 und 12 werden wie folgt gefasst:	c) u n v e r ä n d e r t
„§ 11 Übermittlung an die zuständige Landesbehörde und an das Robert Koch-Institut	
§ 12 Übermittlungen und Mitteilungen auf Grund völker- und unionsrechtlicher Vorschriften“.	
d) Die Angabe zu § 12a wird gestrichen.	d) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) Die Angaben zu den §§ 13 und 14 werden wie folgt gefasst:	e) unverändert
„§ 13 Weitere Formen der epidemiologischen Überwachung; Verordnungsermächtigung	
§ 14 Elektronisches Melde- und Informationssystem; Verordnungsermächtigung“.	
f) Die Angabe zu § 18 wird wie folgt gefasst:	f) unverändert
„§ 18 Behördlich angeordnete Maßnahmen zur Desinfektion und zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen; Verordnungsermächtigungen“.	
g) Die Angabe zu § 23a wird wie folgt gefasst:	g) unverändert
„§ 23a Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten“.	
	ga) Die Angabe zum 6. Abschnitt wird wie folgt gefasst:
	„6. Abschnitt – Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen“.
	gb) Die Angabe zu § 36 wird wie folgt gefasst:
	„§ 36 Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen, Verordnungsermächtigung“.
h) Die Angabe zu § 37 wird wie folgt gefasst:	h) unverändert
„§ 37 Beschaffenheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch sowie von Wasser zum Schwimmen oder Baden in Becken oder Teichen, Überwachung“.	
i) Nach der Angabe zu § 50 wird folgende Angabe eingefügt:	i) unverändert
„§ 50a Laborcontainment und Ausrottung des Poliovirus; Verordnungsermächtigung“.	
2. Nach § 1 wird folgender § 1a eingefügt:	2. unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„§ 1a	
Verarbeitung personenbezogener Daten	
Die zur Erfüllung der Aufgaben nach Maßgabe der Zwecke dieses Gesetzes verarbeiteten personenbezogenen Daten sind zu löschen, wenn diese zur Erfüllung der Aufgaben nicht mehr benötigt werden.“	
3. Nach § 2 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:	3. u n v e r ä n d e r t
„3a. bedrohliche übertragbare Krankheit	
eine übertragbare Krankheit, die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit verursachen kann,“.	
4. § 4 wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „und nimmt die Koordinierungsaufgaben im Rahmen des Europäischen Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten wahr“ gestrichen.	
b) Absatz 2 Nummer 2 bis 5 wird durch die folgenden Nummern 2 bis 4 ersetzt:	
„2. wertet die Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern, die ihm nach diesem Gesetz und nach § 11 Absatz 5, § 16 Absatz 4 des IGV-Durchführungsgesetzes übermittelt worden sind, infektionsepidemiologisch aus,	
3. stellt die Ergebnisse der infektionsepidemiologischen Auswertungen den folgenden Behörden und Institutionen zur Verfügung:	
a) den jeweils zuständigen Bundesbehörden,	
b) dem Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr,	
c) den obersten Landesgesundheitsbehörden,	
d) den Gesundheitsämtern,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) den Landesärztekammern,	
f) dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,	
g) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,	
h) dem Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und	
i) der Deutschen Krankenhausgesellschaft,	
4. veröffentlicht die Ergebnisse der infektionsepidemiologischen Auswertungen periodisch und	
5. unterstützt die Länder und sonstigen Beteiligten bei ihren Aufgaben im Rahmen der epidemiologischen Überwachung nach diesem Gesetz.“	
c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	
„(3) Das Robert Koch-Institut arbeitet zu den in § 1 Absatz 1 genannten Zwecken im Bereich des internationalen Gesundheitsschutzes mit ausländischen Stellen und supranationalen Organisationen sowie mit der Weltgesundheitsorganisation und anderen internationalen Organisationen zusammen, um deren Fähigkeiten zu stärken, insbesondere einer möglichen grenzüberschreitenden Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, entsprechende Gefahren frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur Verhinderung einer möglichen grenzüberschreitenden Weiterverbreitung einzuleiten. Die Zusammenarbeit kann insbesondere eine dauerhafte wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Einrichtungen in Partnerstaaten, die Ausbildung von Personal der Partnerstaaten sowie Unterstützungsleistungen im Bereich der epidemiologischen Lage- und Risikobewertung und des Krisenmanagements umfassen, auch verbunden mit dem Einsatz von Personal des Robert Koch-Institutes im Ausland.“	
5. Die Überschrift des 3. Abschnitts wird wie folgt gefasst:	5. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„3. Abschnitt Epidemiologische Überwachung“.	
6. § 6 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:	
„1. der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf die folgenden Krankheiten:	
a) Botulismus,	
b) Cholera,	
c) Diphtherie,	
d) humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Formen,	
e) akute Virushepatitis,	
f) enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS),	
g) virusbedingtes hämorrhagisches Fieber,	
h) Keuchhusten,	
i) Masern,	
j) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis,	
k) Milzbrand,	
l) Mumps,	
m) Pest,	
n) Poliomyelitis,	
o) Röteln einschließlich Rötelnembryopathie,	
p) Tollwut,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
q) Tyhpus abdominalis oder Paratyphus,	
r) Windpocken,	
sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,“.	
bbb) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:	
„5. das Auftreten einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, die nicht bereits nach den Nummern 1 bis 4 meldepflichtig ist.“	
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1, 3 bis 8, § 9 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 oder 3 zu erfolgen.“	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird das Wort „mitzuteilen“ durch die Wörter „zu melden“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1, § 9 Absatz 1 und 3 Satz 1 oder 3 zu erfolgen.“	
c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Nichtnamentlich ist das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen zu melden, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1, 3 oder 5, § 10 Absatz 1 zu erfolgen.“	
7. § 7 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Nummer 9 wird wie folgt gefasst:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„9. Corynebacterium spp., Toxin bildend“.	
bbb) Die Nummern 21 bis 23 werden wie folgt gefasst:	
„21. Hepatitis-B-Virus; Meldepflicht für alle Nachweise	
22. Hepatitis-C-Virus; Meldepflicht für alle Nachweise	
23. Hepatitis-D-Virus; Meldepflicht für alle Nachweise“.	
ccc) Nummer 36 wird wie folgt gefasst:	
„36. Norovirus“.	
ddd) Die Nummern 49 und 50 werden wie folgt gefasst:	
„49. Yersinia pestis	
50. Yersinia spp., darmpathogen“.	
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2, 3, 4 oder Absatz 4, § 9 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 oder 3 zu erfolgen.“	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	
„(2) Namentlich sind in Bezug auf Infektionen und Kolonisationen Nachweise von in dieser Vorschrift nicht genannten Krankheitserregern zu melden, wenn unter Berücksichtigung der Art der Krankheitserreger und der Häufigkeit ihres Nachweises Hinweise auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit bestehen. Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2, 3 oder Absatz 4, § 9 Absatz 2, 3 Satz 1 oder 3 zu erfolgen.“	
c) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2, 3 oder Absatz 4, § 10 Absatz 2 zu erfolgen.“	
8. § 8 wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „Meldung“ die Wörter „oder Mitteilung“ gestrichen.	
bb) In Nummer 1 werden die Wörter „Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der stationären Pflege“ durch die Wörter „Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.	
cc) In Nummer 2 wird das Wort „der“ durch die Wörter „von Arztpraxen mit Infektionserregerdiagnostik und“ ersetzt.	
dd) In Nummer 3 werden die Wörter „wenn ein Befund erhoben wird, der sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer meldepflichtigen Erkrankung oder Infektion durch einen meldepflichtigen Krankheitserreger schließen lässt,“ gestrichen.	
ee) In Nummer 4 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.	
ff) In Nummer 5 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.	
gg) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:	
„7. im Falle des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5 die Leiter von Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 1 bis 6,“.	
hh) In Nummer 8 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.	
b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Eine Meldepflicht besteht ebenfalls nicht für Erkrankungen, bei denen der Verdacht bereits gemeldet wurde und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden.“	
c) Absatz 5 wird aufgehoben.	
9. Die §§ 9 bis 12 werden wie folgt gefasst:	9. Die §§ 9 bis 12 werden wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„§ 9	„§ 9
Namentliche Meldung	Namentliche Meldung
(1) Die namentliche Meldung durch eine der in § 8 Absatz 1 Nummer 1 und 4 bis 8 genannten Personen muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:	(1) Die namentliche Meldung durch eine der in § 8 Absatz 1 Nummer 1 und 4 bis 8 genannten Personen muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:
1. zur betroffenen Person:	1. zur betroffenen Person:
a) Name und Vorname,	a) u n v e r ä n d e r t
b) Geschlecht,	b) u n v e r ä n d e r t
c) Geburtsdatum,	c) u n v e r ä n d e r t
d) Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes,	d) u n v e r ä n d e r t
e) weitere Kontaktdaten,	e) u n v e r ä n d e r t
f) Tätigkeit in Einrichtungen und *Gewerben* nach § 23 Absatz 5 oder nach § 36 Absatz 1 und 2 mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung oder des *Gewerbes*,	f) Tätigkeit in Einrichtungen und **Unternehmen** nach § 23 Absatz 5 oder nach § 36 Absatz 1 und 2 mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung oder des **Unternehmens**,
g) Tätigkeit nach § 42 Absatz 1 bei akuter Gastroenteritis, bei akuter Virushepatitis, bei Typhus abdominalis oder Paratyphus und bei Cholera mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung oder des *Gewerbes*,	g) Tätigkeit nach § 42 Absatz 1 bei akuter Gastroenteritis, bei akuter Virushepatitis, bei Typhus abdominalis oder Paratyphus und bei Cholera mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung oder des **Unternehmens**,
h) Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 oder *nach* § 36 Absatz 1 Nummer 1 bis *7* mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung,	h) Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 Nummer 1 bis **6** mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung,
i) Diagnose oder Verdachtsdiagnose,	i) u n v e r ä n d e r t
j) Tag der Erkrankung, Tag der Diagnose, gegebenenfalls Tag des Todes und wahrscheinlicher Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,	j) u n v e r ä n d e r t
k) wahrscheinliche Infektionsquelle, einschließlich der zugrunde liegenden Tatsachen,	k) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
l) in Deutschland: Landkreis oder kreisfreie Stadt, in dem oder in der die Infektion wahrscheinlich erworben worden ist, ansonsten Staat, in dem die Infektion wahrscheinlich erworben worden ist,	l) unverändert
m) bei Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C: Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland,	m) unverändert
n) Überweisung, Aufnahme und Entlassung aus einer Einrichtung nach § 23 Absatz 5 Satz 1, gegebenenfalls intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer,	n) unverändert
o) Spender für eine Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten,	o) unverändert
p) bei impfpräventablen Krankheiten Angaben zum diesbezüglichen Impfstatus,	p) unverändert
2. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der Untersuchungsstelle, die mit der Erregerdiagnostik beauftragt ist,	2. unverändert
3. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden und	3. unverändert
4. bei einer Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 die Angaben zur Schutzimpfung nach § 22 Absatz 2.	4. unverändert
(2) Die namentliche Meldung durch eine in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannte Person muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:	(2) unverändert
1. zur betroffenen Person:	
a) Name und Vorname,	
b) Geschlecht,	
c) Geburtsdatum,	
d) Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes,	
e) weitere Kontaktdaten,	
f) Art des Untersuchungsmaterials,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
g) Eingangsdatum des Untersuchungsmaterials,	
h) Nachweismethode,	
i) Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen und	
j) erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung,	
2. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders und	
3. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.	
Der Einsender hat den Meldenden bei dessen Angaben nach Satz 1 zu unterstützen und diese Angaben gegebenenfalls zu vervollständigen. Bei einer Untersuchung auf Hepatitis C hat der Einsender dem Meldenden mitzuteilen, ob ihm eine chronische Hepatitis C bei der betroffenen Person bekannt ist.	
(3) Die namentliche Meldung muss unverzüglich erfolgen und dem zuständigen Gesundheitsamt nach Absatz 4 spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, vorliegen. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden. Die Nachmeldung oder Korrektur von Angaben hat unverzüglich nach deren Vorliegen an das Gesundheitsamt zu erfolgen, das die ursprüngliche Meldung erhalten hat. Das Gesundheitsamt ist befugt, von dem Meldenden Auskunft über Angaben zu verlangen, die die Meldung zu enthalten hat. Der Meldende hat dem Gesundheitsamt unverzüglich anzugeben, wenn sich eine Verdachtsmeldung nicht bestätigt hat.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Meldungen nach Absatz 1 haben an das Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die betroffene Person derzeitig aufhält oder zuletzt aufhielt. Sofern die betroffene Person in einer Einrichtung gemäß Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe h betreut oder untergebracht ist, haben Meldungen nach Absatz 1 an das Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet. Meldungen nach Absatz 2 haben an das Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk die Einsender ihren Sitz haben.	(4) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern werden jeweils fallbezogen mit den Daten der zu diesem Fall geführten Ermittlungen und getroffenen Maßnahmen sowie mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen auch an das Gesundheitsamt übermittelt,	(5) u n v e r ä n d e r t
1. in dessen Bezirk die betroffene Person ihre Hauptwohnung hat oder zuletzt hatte oder	
2. in dessen Bezirk sich die betroffene Person gewöhnlich aufhält, falls ein Hauptwohnsitz nicht feststellbar ist oder falls die betroffene Person sich dort gewöhnlich nicht aufhält.	
§ 10	§ 10
Nichtnamentliche Meldung	u n v e r ä n d e r t
(1) Die nichtnamentliche Meldung nach § 6 Absatz 3 Satz 1 muss unverzüglich erfolgen und dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, spätestens 24 Stunden nach der Feststellung des Ausbruchs vorliegen. Die Meldung muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:	
1. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten	
a) der betroffenen Einrichtung,	
b) des Meldenden,	
c) der mit der Erregerdiagnostik beauftragten Untersuchungsstelle und	
2. folgende einzelfallbezogene Angaben zu den aufgetretenen nosokomialen Infektionen sowie zu allen damit wahrscheinlich oder vermutlich in epidemischem Zusammenhang stehenden Kolonisationen:	
a) Geschlecht der betroffenen Person,	
b) Monat und Jahr der Geburt der betroffenen Person,	
c) Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen,	
d) Diagnose,	
e) Datum der Diagnose,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
f) wahrscheinliche Infektionsquelle, einschließlich der zugrunde liegenden Tatsachen.	
§ 9 Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.	
(2) Die nichtnamentliche Meldung nach § 7 Absatz 3 Satz 1 muss innerhalb von zwei Wochen, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, an das Robert Koch-Institut erfolgen. Das Robert Koch-Institut bestimmt die technischen Übermittlungsstandards. Die Meldung muss folgende Angaben enthalten:	
1. in den Fällen des § 7 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 eine fallbezogene Pseudonymisierung nach Absatz 3,	
2. Geschlecht der betroffenen Person,	
3. Monat und Jahr der Geburt der betroffenen Person,	
4. die ersten drei Ziffern der Postleitzahl der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes,	
5. Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen,	
6. Monat und Jahr der Diagnose,	
7. Art des Untersuchungsmaterials,	
8. Nachweismethode,	
9. wahrscheinlicher Infektionsweg und wahrscheinliches Infektionsrisiko,	
10. Staat, in dem die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist,	
11. bei Malaria Angaben zur Expositions- und Chemoprophylaxe,	
12. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders und	
13. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.	
Der Einsender hat den Meldenden bei den Angaben nach Satz 3 zu unterstützen und diese Angaben gegebenenfalls zu vervollständigen. § 9 Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Die fallbezogene Pseudonymisierung besteht aus dem dritten Buchstaben des ersten Vornamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Vornamens sowie dem dritten Buchstaben des ersten Nachnamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Nachnamens. Bei Doppelnamen wird jeweils nur der erste Teil des Namens berücksichtigt; Umlaute werden in zwei Buchstaben dargestellt. Namenszusätze bleiben unberücksichtigt. § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Angaben nach den Sätzen 1 bis 3 und die Angaben zum Monat der Geburt dürfen vom Robert Koch-Institut lediglich zu der Prüfung, ob verschiedene Meldungen sich auf denselben Fall beziehen, verarbeitet und genutzt werden. Sie sind zu löschen, sobald nicht mehr zu erwarten ist, dass die damit bewirkte Einschränkung der Prüfung nach Satz 5 eine nicht unerhebliche Verfälschung der aus den Meldungen zu gewinnenden epidemiologischen Beurteilung bewirkt.	
§ 11	§ 11
Übermittlung an die zuständige Landesbehörde und an das Robert Koch-Institut	Übermittlung an die zuständige Landesbehörde und an das Robert Koch-Institut
(1) Die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern werden anhand der Falldefinitionen nach Absatz 2 bewertet und spätestens am folgenden Arbeitstag durch das nach Absatz 3 zuständige Gesundheitsamt der zuständigen Landesbehörde sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag dem Robert Koch-Institut mit folgenden Angaben übermittelt:	(1) Die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern werden anhand der Falldefinitionen nach Absatz 2 bewertet und spätestens am folgenden Arbeitstag durch das nach Absatz 3 zuständige Gesundheitsamt der zuständigen Landesbehörde sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag dem Robert Koch-Institut mit folgenden Angaben übermittelt:
1. zur betroffenen Person:	1. zur betroffenen Person:
a) Geschlecht,	a) unverändert
b) Monat und Jahr der Geburt,	b) unverändert
c) Tag der Erkrankung, Tag der Diagnose, gegebenenfalls Tag des Todes und wahrscheinlicher Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,	c) unverändert
d) Untersuchungsbefund, einschließlich Typisierungsergebnissen,	d) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
e) wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko einschließlich Impfstatus, erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung,	e) u n v e r ä n d e r t
f) gegebenenfalls Informationen zur Art der Einrichtung bei Tätigkeit, Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen und *Gewerben* nach § 23 Absatz 5 oder § 36 Absatz 1 und 2,	f) gegebenenfalls Informationen zur Art der Einrichtung bei Tätigkeit, Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen und **Unternehmen** nach § 23 Absatz 5 oder § 36 Absatz 1 und 2,
g) in Deutschland: Landkreis oder kreisfreie Stadt, in dem oder in der die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist, ansonsten Staat, in dem die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist,	g) u n v e r ä n d e r t
h) bei reiseassoziierter Legionellose: Name und Anschrift der Unterkunft,	h) u n v e r ä n d e r t
i) bei Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C: Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland,	i) u n v e r ä n d e r t
j) Überweisung, Aufnahme und Entlassung aus einer Einrichtung nach § 23 Absatz 5 Satz 1, gegebenenfalls intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer,	j) u n v e r ä n d e r t
2. zuständige Gesundheitsämter und	2. u n v e r ä n d e r t
3. Datum der Meldung.	3. u n v e r ä n d e r t
In den Fällen der Meldung nach § 6 Absatz 3 Satz 1 sind nur die Angaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 sowie zu den aufgetretenen nosokomialen Infektionen und den damit zusammenhängenden Kolonisationen jeweils nur die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis e erforderlich. Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut bestimmt das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards. Frühere Übermittlungen sind gegebenenfalls zu berichtigen und zu ergänzen, insoweit gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.	In den Fällen der Meldung nach § 6 Absatz 3 Satz 1 sind nur die Angaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 sowie zu den aufgetretenen nosokomialen Infektionen und den damit zusammenhängenden Kolonisationen jeweils nur die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis e erforderlich. Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut bestimmt das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards. Frühere Übermittlungen sind gegebenenfalls zu berichtigen und zu ergänzen, insoweit gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.
(2) Das Robert Koch-Institut erstellt entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen die Falldefinitionen für die Bewertung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern und schreibt sie fort.	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Für die Übermittlung nach Absatz 1 ist das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bezirk die betroffene Person ihre Hauptwohnung hat oder zuletzt hatte. Falls ein Hauptwohnsitz nicht feststellbar ist oder die betroffene Person sich dort gewöhnlich nicht aufhält, so ist das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bezirk sich die betroffene Person gewöhnlich aufhält. Falls ein solcher Aufenthaltsort nicht feststellbar ist oder in den Fällen der Meldung nach § 6 Absatz 3 Satz 1 ist das Gesundheitsamt zuständig, welches die Daten erstmals verarbeitet hat. Das nach den Sätzen 1 bis 3 zuständige Gesundheitsamt kann diese Zuständigkeit an ein anderes Gesundheitsamt mit dessen Zustimmung abgeben, insbesondere wenn schwerpunktmäßig im Zuständigkeitsbereich des anderen Gesundheitsamtes weitere Ermittlungen nach § 25 Absatz 1 angestellt werden müssen.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Einen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 gemeldeten Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung übermittelt das Gesundheitsamt unverzüglich der zuständigen Landesbehörde. Das Gesundheitsamt übermittelt alle notwendigen Angaben, sofern es diese Angaben ermitteln kann, wie Bezeichnung des Produktes, Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers, die Chargenbezeichnung, den Zeitpunkt der Impfung und den Beginn der Erkrankung. Über die betroffene Person sind ausschließlich das Geburtsdatum, das Geschlecht sowie der erste Buchstabe des ersten Vornamens und der erste Buchstabe des ersten Nachnamens anzugeben. Die zuständige Behörde übermittelt die Angaben unverzüglich dem Paul-Ehrlich-Institut. Die personenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren.	(4) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
§ 12	§ 12
Übermittlungen und Mitteilungen auf Grund völker- und unionsrechtlicher Vorschriften	u n v e r ä n d e r t
(1) Im Hinblick auf eine übertragbare Krankheit, die nach Anlage 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 (BGBl. 2007 II S. 930, 932) eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite im Sinne von Artikel 1 Absatz 1 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) darstellen könnte, übermittelt die zuständige Behörde der zuständigen Landesbehörde unverzüglich folgende Angaben:	
1. das Auftreten der übertragbaren Krankheit, Tatsachen, die auf das Auftreten der übertragbaren Krankheit hinweisen, oder Tatsachen, die zum Auftreten der übertragbaren Krankheit führen können,	
2. die getroffenen Maßnahmen und	
3. sonstige Informationen, die für die Bewertung der Tatsachen und für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.	
Die zuständige Behörde und die zuständige Landesbehörde dürfen im Rahmen dieser Vorschrift nicht übermitteln	
1. zur betroffenen Person:	
a) den Namen und Vornamen,	
b) Tag der Geburt und	
c) Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und	
2. den Namen des Meldenden.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die zuständige Landesbehörde übermittelt die in Satz 1 genannten Angaben unverzüglich dem Robert Koch-Institut. Darüber hinaus übermittelt die zuständige Landesbehörde dem Robert Koch-Institut auf dessen Anforderung unverzüglich alle ihr vorliegenden Informationen, die für Mitteilungen an die Weltgesundheitsorganisation im Sinne der Artikel 6 bis 12 und 19 Buchstabe c der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) erforderlich sind. Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut kann das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards bestimmen. Das Robert Koch-Institut bewertet die ihm übermittelten Angaben nach der Anlage 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und nimmt die Aufgaben nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 des IGV-Durchführungsgesetzes wahr.	
(2) Im Hinblick auf Gefahren biologischen oder unbekannten Ursprungs nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a oder d des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG (ABl. L 293 vom 5.11.2013, S. 1; L 231 vom 4.9.2015, S. 16) übermittelt die zuständige Behörde der zuständigen Landesbehörde unverzüglich alle Angaben, die für Übermittlungen nach den Artikeln 6 bis 9 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU erforderlich sind. Die zuständige Landesbehörde übermittelt diese Angaben unverzüglich dem Robert Koch-Institut. Für die Übermittlung an das Robert Koch-Institut kann das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards bestimmen. Das Robert Koch-Institut ist in dem in Satz 1 genannten Bereich der Gefahren biologischen oder unbekannten Ursprungs die zuständige nationale Behörde im Sinne der Artikel 6 und 8 bis 10 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU.	
(3) Abweichungen von den Regelungen des Verwaltungsverfahrens in Absatz 1 Satz 1 bis 5 und Absatz 2 Satz 1 bis 3 durch Landesrecht sind ausgeschlossen.“	
10. § 12a wird aufgehoben.	10. u n v e r ä n d e r t
11. Die §§ 13 und 14 werden wie folgt gefasst:	11. Die §§ 13 und 14 werden wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„§ 13	„§ 13
Weitere Formen der epidemiologischen Überwachung; Verordnungsermächtigung	u n v e r ä n d e r t
(1) Zur Überwachung übertragbarer Krankheiten können der Bund und die Länder weitere Formen der epidemiologischen Überwachung durchführen. Bei Erhebungen des Bundes ist den jeweils zuständigen Landesbehörden Gelegenheit zu geben, sich zu beteiligen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Benehmen mit den jeweils zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden festlegen, welche Krankheiten und Krankheitserreger durch Erhebungen nach Satz 1 überwacht werden.	
(2) Das Robert Koch-Institut kann insbesondere nach Absatz 1 zur Überwachung übertragbarer Krankheiten in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge oder -versorgung Sentinel-Erhebungen zu Personen, die diese Einrichtungen unabhängig von der Erhebung in Anspruch nehmen, koordinieren und durchführen zur Ermittlung	
1. der Verbreitung übertragbarer Krankheiten, wenn diese Krankheiten von großer gesundheitlicher Bedeutung für das Gemeinwohl sind, und	
2. des Anteils der Personen, der gegen bestimmte Erreger nicht immun ist, sofern dies notwendig ist, um die Gefährdung der Bevölkerung durch diese Krankheitserreger zu bestimmen.	
Die Sentinel-Erhebungen können auch über anonyme unverknüpfbare Testungen an Restblutproben oder anderem geeigneten Material erfolgen. Werden personenbezogene Daten verwendet, die bereits bei der Vorsorge oder Versorgung erhoben wurden, sind diese zu anonymisieren. Bei den Erhebungen dürfen keine Daten erhoben werden, die eine Identifizierung der in die Untersuchung einbezogenen Personen erlauben. Die obersten Landesgesundheitsbehörden können zusätzliche Sentinel-Erhebungen durchführen.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Isolate der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung (molekulare Surveillance) an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern, insbesondere an nationale Referenzzentren, an Konsiliarlaboratorien, an das Robert Koch-Institut und an fachlich unabhängige Landeslaboratorien. Das abgelieferte Material kann mit einer fallbezogenen Pseudonymisierung versehen werden. Daten, die eine Identifizierung der in die Untersuchung einbezogenen Personen erlauben, dürfen nicht übermittelt werden. Enthält das Untersuchungsmaterial humangenetische Bestandteile, sind angemessene Maßnahmen zu treffen, die eine Identifizierung betroffener Personen verhindern; humangenetische Analysen des Untersuchungsmaterials sind verboten. In der Rechtsverordnung kann insbesondere bestimmt werden,	
1. dass die Ablieferung nur in bestimmten Fällen oder nur auf Anforderung zu erfolgen hat,	
2. wann eine Pseudonymisierung nach Satz 2 zu erfolgen hat und welche Verfahren bei der Bildung dieser Pseudonymisierung und bei den Maßnahmen nach Satz 4 anzuwenden sind,	
3. dass Angaben zu Art und Herkunft des Untersuchungsmaterials sowie zu Zeitpunkt und Umständen der Probennahme zu übermitteln sind und	
4. in welchem Verfahren und in welcher Höhe die durch die Ablieferungspflicht entstehenden Kosten für die Vorbereitung, die Verpackung und den Versand der Proben erstattet werden und welcher Kostenträger diese Kosten übernimmt.	
Die Länder können zusätzliche Maßnahmen der molekularen Surveillance treffen.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
§ 14	§ 14
Elektronisches Melde- und Informationssystem; Verordnungsermächtigung	Elektronisches Melde- und Informationssystem; Verordnungsermächtigung
(1) Für die Erfüllung der Aufgaben nach Maßgabe der Zwecke dieses Gesetzes richtet das Robert Koch-Institut nach Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit und nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten ein elektronisches Melde- und Informationssystem ein. Das Robert Koch-Institut kann einen IT-Dienstleister des Bundes mit der technischen Umsetzung beauftragen. Die Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei der Umsetzung des elektronischen Melde- und Informationssystems wird durch einen gemeinsamen Planungsrat koordiniert. Sofern eine Nutzungspflicht für das elektronische Melde- und Informationssystem besteht, ist den Anwendern mindestens eine kostenlose Software-Lösung bereitzustellen.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Im elektronischen Melde- und Informationssystem können insbesondere folgende Daten fallbezogen verarbeitet und genutzt werden:	(2) u n v e r ä n d e r t
1. die Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern nach den §§ 6 und 7 und die Daten aus Benachrichtigungen nach den §§ 34 und 36,	
2. die Daten, die bei den Meldungen nach dem IGV-Durchführungsgesetz und im Rahmen von § 12 erhoben worden sind,	
3. die Daten, die im Rahmen der epidemiologischen Überwachung nach § 13 erhoben worden sind,	
4. die im Verfahren zuständigen Behörden und Ansprechpartner,	
5. die Daten über die von den zuständigen Behörden nach den §§ 25 bis 32 geführten Ermittlungen, getroffenen Maßnahmen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse und	
6. sonstige Informationen, die für die Bewertung, Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Im elektronischen Melde- und Informationssystem werden die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern nach den §§ 6 und 7 und aus Benachrichtigungen nach den §§ 34 und 36 jeweils fallbezogen mit den Daten der zu diesem Fall geführten Ermittlungen, getroffenen Maßnahmen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen automatisiert	(3) u n v e r ä n d e r t
1. pseudonymisiert,	
2. den zuständigen Behörden übermittelt mit der Möglichkeit, dass sie diese Daten im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit verarbeiten und nutzen können,	
3. gegebenenfalls gemäß den Falldefinitionen nach § 11 Absatz 2 bewertet und	
4. gemeinsam mit den Daten nach den Nummern 1 bis 3 nach einer krankheitsspezifischen Dauer gelöscht, es sei denn, es handelt sich um epidemiologische Daten, die nach den §§ 11 und 12 übermittelt wurden; § 1a bleibt unberührt.	
(4) Im elektronischen Melde- und Informationssystem können die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern nach den §§ 6 und 7 und aus Benachrichtigungen nach den §§ 34 und 36 daraufhin automatisiert überprüft werden, ob sich diese Daten auf denselben Fall beziehen.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Im elektronischen Melde- und Informationssystem können die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern nach den §§ 6 und 7 und aus Benachrichtigungen nach den §§ 34 und 36 daraufhin automatisiert überprüft werden, ob es ein gehäuftes Auftreten von übertragbaren Krankheiten gibt, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist.	(5) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(6) Der Zugriff auf gespeicherte Daten ist nur im gesetzlich bestimmten Umfang zulässig, sofern die Kenntnis der Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der beteiligten Behörden erforderlich ist. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs bei pseudonymisierten Daten ist nur zulässig, sofern diese Daten auf der Grundlage eines Gesetzes der beteiligten Behörde übermittelt werden dürfen. Es wird gewährleistet, dass auch im Bereich der Verschlüsselungstechnik und der Authentifizierung organisatorische und dem jeweiligen Stand der Technik entsprechende Maßnahmen getroffen werden, um den Datenschutz und die Datensicherheit und insbesondere die Vertraulichkeit und Integrität der im elektronischen Melde- und Informationssystem gespeicherten Daten sicherzustellen. Unter diesen Voraussetzungen kann die Übermittlung der Daten auch durch eine verschlüsselte Datenübertragung über das Internet erfolgen.	(6) u n v e r ä n d e r t
(7) Bis zur Einrichtung des elektronischen Melde- und Informationssystems kann das Robert Koch-Institut im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden zur Erprobung für die freiwillig teilnehmenden meldepflichtigen Personen und für die zuständigen Gesundheitsämter Abweichungen von den Vorschriften des Melde- und Übermittlungsverfahrens zulassen.	(7) u n v e r ä n d e r t
(8) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, festzulegen,	(8) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, festzulegen,
1. dass beteiligte Behörden für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz das elektronische Melde- und Informationssystem zu nutzen und bei der Nutzung ein bestimmtes Verfahren einzuhalten haben,	1. u n v e r ä n d e r t
2. dass Melde- und Benachrichtigungspflichtige oder bestimmte Gruppen von Melde- und Benachrichtigungspflichtigen ihrer Verpflichtung zur Meldung und Benachrichtigung durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems nachzukommen haben,	2. dass Melde- und Benachrichtigungspflichtige oder bestimmte Gruppen von Melde- und Benachrichtigungspflichtigen ihrer Verpflichtung zur Meldung und Benachrichtigung durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems nachzukommen haben **und dabei nur Meldeportale oder elektronische Programme nutzen dürfen**, **die vom Robert Koch-Institut zugelassen sind,**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. welcher IT-Dienstleister des Bundes mit der technischen Umsetzung beauftragt wird und wie der gemeinsame Planungsrat besetzt wird,	3. unverändert
4. welche funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts dem elektronischen Melde- und Informationssystem zugrunde liegen müssen,	4. unverändert
5. welche notwendigen Test-, Authentifizierungs- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen sind,	5. unverändert
6. nach welcher krankheitsspezifischen Dauer die im elektronischen Melde- und Informationssystem verarbeiteten personenbezogenen Daten nach Absatz 3 Nummer 4 zu löschen sind und	6. unverändert
7. welches Verfahren bei der Bildung der fallbezogenen Pseudonymisierung nach Absatz 3 anzuwenden ist; hierzu kann festgelegt werden, dass bei nichtnamentlichen Meldungen andere als die in § 10 Absatz 1 genannten Angaben übermittelt werden, die sofort nach Herstellung der fallbezogenen Pseudonymsierung zu löschen sind.	7. unverändert
Sofern bei den Festlegungen und Maßnahmen Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese Festlegungen und Maßnahmen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen. Sofern bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen des Datenschutzes berührt sind, sind diese Festlegungen und Maßnahmen im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu treffen.	Sofern bei den Festlegungen und Maßnahmen Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese Festlegungen und Maßnahmen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen. Sofern bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen des Datenschutzes berührt sind, sind diese Festlegungen und Maßnahmen im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu treffen.
(9) Abweichungen von den in dieser Vorschrift getroffenen Regelungen des Verwaltungsverfahrens durch Landesrecht sind ausgeschlossen.“	(9) unverändert
12. § 16 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	12. unverändert
„Die gleiche Verpflichtung trifft den Betreuer einer von Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 betroffenen Person, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtung zu seinem Aufgabenkreis gehört.“	
13. § 17 wird wie folgt geändert:	13. unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
a) In Absatz 1 Satz 4 wird das Wort „entseucht“ durch die Wörter „entseucht (desinfiziert)“ ersetzt.	
b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Gesundheitsschädlingen, Kopfläusen und Krätzemilben“ durch die Wörter „Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen“ ersetzt.	
14. § 18 wird wie folgt geändert:	14. u n v e r ä n d e r t
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	
„§ 18	
Behördlich angeordnete Maßnahmen zur Desinfektion und zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen; Verordnungsermächtigungen“.	
b) Die Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 bis 7 ersetzt:	
„(1) Zum Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten dürfen bei behördlich angeordneten Maßnahmen zur	
1. Desinfektion und	
2. Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben oder Kopfläusen	
nur Mittel und Verfahren verwendet werden, die von der zuständigen Bundesoberbehörde anerkannt worden sind. Bei Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 kann die anordnende Behörde mit Zustimmung der zuständigen Bundesoberbehörde zulassen, dass andere Mittel oder Verfahren als die behördlich anerkannten verwendet werden.	
(2) Die Mittel und Verfahren werden von der zuständigen Bundesoberbehörde auf Antrag oder von Amts wegen nur anerkannt, wenn sie hinreichend wirksam sind und keine unvertretbaren Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und die Umwelt haben.	
(3) Zuständige Bundesoberbehörde für die Anerkennung von Mitteln und Verfahren zur Desinfektion ist das Robert Koch-Institut. Im Anerkennungsverfahren prüft:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. die Wirksamkeit der Mittel und Verfahren das Robert Koch-Institut,	
2. die Auswirkungen der Mittel und Verfahren auf die menschliche Gesundheit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und	
3. die Auswirkungen der Mittel und Verfahren auf die Umwelt das Umweltbundesamt.	
Das Robert Koch-Institut erteilt die Anerkennung im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und mit dem Umweltbundesamt.	
(4) Zuständige Bundesoberbehörde für die Anerkennung von Mitteln und Verfahren zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen ist das Umweltbundesamt. Im Anerkennungsverfahren prüft:	
1. die Wirksamkeit der Mittel und Verfahren sowie deren Auswirkungen auf die Umwelt das Umweltbundesamt,	
2. die Auswirkungen der Mittel und Verfahren auf die menschliche Gesundheit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, soweit es nach § 77 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes für die Zulassung zuständig ist,	
3. die Auswirkungen der Mittel und Verfahren auf die Gesundheit von Beschäftigten als Anwender die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, wenn die Prüfung nicht nach Nummer 2 dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugewiesen ist, und	
4. die Auswirkungen der Mittel und Verfahren auf die Gesundheit von anderen als den in Nummer 3 genannten Personen das Bundesinstitut für Risikobewertung, wenn die Prüfung nicht nach Nummer 2 dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugewiesen ist.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Das Umweltbundesamt erteilt die Anerkennung im Einvernehmen mit den nach Satz 2 Nummer 2 bis 4 prüfenden Behörden. Sofern Mittel Wirkstoffe enthalten, die in zugelassenen Pflanzenschutzmitteln oder in der Zulassungsprüfung befindlichen Pflanzenschutzmitteln enthalten sind, erfolgt die Anerkennung zusätzlich im Benehmen mit dem Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit.	
(5) Die Prüfungen können durch eigene Untersuchungen der zuständigen Bundesbehörde oder auf der Grundlage von Sachverständigengutachten, die im Auftrag der zuständigen Bundesbehörde durchgeführt werden, erfolgen.	
(6) Die Prüfung der Wirksamkeit der Mittel und Verfahren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist an den betreffenden Schädlingen unter Einbeziehung von Wirtstieren bei parasitären Nichtwirbeltieren vorzunehmen. Die Prüfung der Wirksamkeit von Mitteln nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 unterbleibt, sofern die Mittel nach einer der folgenden Vorschriften nach dem Tilgungsprinzip gleichwertig geprüft und zugelassen sind:	
1. Verordnung (EU) Nr. 528/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Mai 2012 über die Bereitstellung auf dem Markt und die Verwendung von Biozidprodukten (ABl. L 167 vom 27.6.2012, S. 1; L 303 vom 20.11.2015, S. 109), die zuletzt durch die Verordnung (EU) Nr. 334/2014 (ABl. L 103 vom 5.4.2014, S. 22) geändert worden ist,	
2. Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. Oktober 2009 über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Aufhebung der Richtlinien 79/117/EWG und 91/414/EWG des Rates (ABl. L 309 vom 24.11.2009, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) Nr. 652/2014 (ABl. L 189 vom 27.6.2014, S. 1) geändert worden ist, oder	
3. Arzneimittelgesetz.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Prüfung der Auswirkungen von Mitteln nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 auf die menschliche Gesundheit und die Prüfung ihrer Auswirkungen auf die Umwelt unterbleibt, sofern die Mittel oder ihre Biozidwirkstoffe nach einer der in Satz 2 genannten Vorschriften geprüft und zugelassen sind.	
(7) Die Anerkennung ist zu widerrufen, wenn die zuständige Bundesoberbehörde davon Kenntnis erlangt, dass eine nach anderen Gesetzen erforderliche Verkehrsfähigkeit für das Mittel oder Verfahren nicht mehr besteht. Sie kann widerrufen werden, insbesondere wenn nach aktuellen Erkenntnissen und Bewertungsmaßstäben die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht mehr erfüllt sind. Die zuständige Bundesoberbehörde führt die jeweils anerkannten Mittel und Verfahren in einer Liste und veröffentlicht die Liste.“	
c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 8 und die Wörter „Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit“ werden durch das Wort „Umweltbundesamt“ ersetzt.	
d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 9 und wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 1, soweit dieser Mittel und Verfahren zur Entseuchung betrifft, und Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 und 3“ durch die Wörter „den Absätzen 1 bis 4 und 7“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	
e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 10 und wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „des Listungsverfahrens nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1“ durch die Wörter „des Anerkennungsverfahrens“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	
15. § 23 wird wie folgt geändert:	15. § 23 wird wie folgt geändert:
	a0) Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	„Sie erstellt zudem Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren.“
a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen“ durch die Wörter „Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b“ durch die Angabe „Absatz 4a“ ersetzt.	
b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„(4a) Das Robert Koch-Institut hat entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erkenntnissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs festzulegen. Die Festlegungen hat es in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt zu veröffentlichen. Die Liste ist an den aktuellen Stand anzupassen.“	
16. § 23a wird wie folgt gefasst:	16. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 23a	
Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten	
Soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf Krankheiten, die durch Schutzimpfung verhütet werden können, erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus erheben, verarbeiten oder nutzen, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts.“	
17. Dem § 25 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	17. u n v e r ä n d e r t
„Das Gesundheitsamt kann eine im Rahmen der Ermittlungen im Hinblick auf eine bedrohliche übertragbare Krankheit erforderliche Befragung in Bezug auf die Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit unmittelbar an eine dritte Person, insbesondere an den behandelnden Arzt, richten, wenn eine Mitwirkung der betroffenen Person oder der nach § 16 Absatz 5 verpflichteten Person nicht oder nicht rechtzeitig möglich ist; die dritte Person ist in entsprechender Anwendung von § 16 Absatz 2 Satz 3 und 4 zur Auskunft verpflichtet.“	
18. § 27 wird wie folgt geändert:	18. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 wird folgender Absatz 1 vorangestellt:	
„(1) Das Gesundheitsamt unterrichtet insbesondere in den Fällen des § 25 Absatz 1 unverzüglich andere Gesundheitsämter, deren Aufgaben nach diesem Gesetz berührt sind, und übermittelt ihnen die zur Erfüllung von deren Aufgaben erforderlichen Angaben, sofern ihm die Angaben vorliegen.“	
b) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 2.	
c) Nach dem neuen Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 bis 5 eingefügt:	
„(3) Das Gesundheitsamt unterrichtet unverzüglich die nach § 4 Absatz 1 des Tiergesundheitsgesetzes zuständige Behörde, wenn	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
1. auf Grund von Tatsachen feststeht oder der Verdacht besteht, dass	
a) Erreger einer übertragbaren Krankheit unmittelbar oder mittelbar von Tieren auf eine betroffene Person übertragen wurden oder	
b) Erreger von einer betroffenen Person auf Tiere übertragen wurden, und	
2. es sich um Erreger einer nach einer auf Grund des Tiergesundheitsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung anzeigepflichtigen Tierseuche oder meldepflichtigen Tierkrankheit handelt.	
Das Gesundheitsamt übermittelt der nach § 4 Absatz 1 des Tiergesundheitsgesetzes zuständigen Behörde Angaben zum festgestellten Erreger, zur Tierart und zum Standort der Tiere, sofern ihm die Angaben vorliegen.	
(4) Das Gesundheitsamt unterrichtet unverzüglich die für den Immissionsschutz zuständige Behörde, wenn im Fall einer örtlichen oder zeitlichen Häufung von Infektionen mit Legionella sp. der Verdacht besteht, dass Krankheitserreger durch Aerosole in der Außenluft auf den Menschen übertragen wurden. Das Gesundheitsamt übermittelt der für den Immissionsschutz zuständigen Behörde Angaben zu den wahrscheinlichen Orten und Zeitpunkten der Infektionen, sofern ihm die Angaben vorliegen.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Das Gesundheitsamt unterrichtet unverzüglich die zuständige Landesbehörde, wenn der Verdacht besteht, dass ein Arzneimittel die Quelle einer Infektion ist. Das Gesundheitsamt übermittelt der zuständigen Landesbehörde alle notwendigen Angaben, sofern es diese Angaben ermitteln kann, wie Bezeichnung des Produktes, Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers und die Chargenbezeichnung. Über die betroffene Person sind ausschließlich das Geburtsdatum, das Geschlecht sowie der erste Buchstabe des ersten Vornamens und der erste Buchstabe des ersten Nachnamens anzugeben. Die zuständige Behörde übermittelt die Angaben unverzüglich der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde. Die personenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren.“	
d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 6.	
	18a. Die Überschrift des 6. Abschnitts wird wie folgt gefasst:
	„6. Abschnitt
	Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen“.
19. § 34 wird wie folgt geändert:	19. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach Nummer 14 wird folgende Nummer 14a eingefügt:	
„14a. Röteln“.	
bb) Nummer 15 wird Nummer 17 und das Wort „Scabies“ wird durch das Wort „Skabies“ ersetzt.	
cc) Die bisherigen Nummern 16 und 17 werden die Nummern 15 und 16.	
b) In Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „Corynebacterium diphtheriae“ durch die Angabe „Corynebacterium spp.“ ersetzt.	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach Nummer 12 wird folgende Nummer 12a eingefügt:	
„12a. Röteln“.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
bb) Nach Nummer 15 wird folgende Nummer 15a eingefügt:	
„15a. Windpocken“.	
d) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Die gleiche Verpflichtung trifft den Betreuer einer von Verpflichtungen nach den Absätzen 1 bis 3 betroffenen Person, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.“	
e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „zuständige Gesundheitsamt“ durch die Wörter „Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Gemeinschaftseinrichtung befindet,“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „durch eine andere in § 8 genannte Person“ durch die Angabe „nach § 6“ ersetzt.	
f) Absatz 10a Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Wenn der Nachweis nicht erbracht wird, benachrichtigt die Leitung der Kindertageseinrichtung das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben. Das Gesundheitsamt kann die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden.“	
20. § 36 wird wie folgt geändert:	20. § 36 wird wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	„§ 36
	Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen, Verordnungsermächtigung“.
a) *Absatz* 1 *wird* wie folgt gefasst:	**b) Die Absätze** 1 **und 2 werden** wie folgt gefasst:
„(1) Folgende Einrichtungen müssen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:	„(1) Folgende Einrichtungen **und Unternehmen** müssen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen,	1. unverändert
2. *Altenheime, Altenwohnheime oder Pflegeheime oder damit vergleichbare Betreuungs-* oder *Versorgungseinrichtungen*,	2. **nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende voll-** oder **teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer**, **behinderter oder pflegebedürftiger Menschen,**
3. Obdachlosenunterkünfte,	3. unverändert
4. Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern,	4. unverändert
5. sonstige Massenunterkünfte,	5. unverändert
6. Justizvollzugsanstalten sowie	6. unverändert
7. ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die den *stationären* Einrichtungen nach Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten.“	7. ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die den Einrichtungen nach Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten**; Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu den Dienstleistungen, die mit Angeboten in Einrichtungen nach Nummer 2 vergleichbar sind.**
	(2) Einrichtungen und Unternehmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.“
b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:	**c**) unverändert
„(3a) Die Leiter von in Absatz 1 Nummer 2 bis 6 genannten Einrichtungen haben das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, unverzüglich zu benachrichtigen und die nach diesem Gesetz erforderlichen krankheits- und personenbezogenen Angaben zu machen, wenn eine in der Einrichtung tätige oder untergebrachte Person an Skabies erkrankt ist oder bei ihr der Verdacht besteht, dass sie an Skabies erkrankt ist.“	
c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	**d**) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(4) Personen, die in eine Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 2 bis 4 aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei der erstmaligen Aufnahme darf die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zugrunde liegt, nicht länger als sechs Monate zurückliegen, bei einer erneuten Aufnahme darf sie nicht länger als zwölf Monate zurückliegen. Bei Personen, die in eine Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 4 aufgenommen werden sollen, muss sich das Zeugnis auf eine im Geltungsbereich dieses Gesetzes erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen. Bei Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie bei Schwangeren ist von der Röntgenaufnahme abzusehen; stattdessen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass nach sonstigen Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist. § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Obdachlose, die weniger als drei Tage in eine Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 3 aufgenommen werden.“	
d) Nach Absatz 4 *wird folgender Absatz* 5 eingefügt:	**e**) Nach Absatz 4 **werden die folgenden Absätze** 5 **und 6** eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(5) Personen, die in eine Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 4 aufgenommen werden sollen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Dies gilt nicht, wenn die betroffenen Personen ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 4 *vorweisen* oder unmittelbar vor ihrer Aufnahme in einer anderen Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 4 untergebracht waren und die entsprechenden Untersuchungen bereits dort durchgeführt wurden. Personen, die in eine Justizvollzugsanstalt aufgenommen werden, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden. Für Untersuchungen nach den Sätzen 1 und 3 gilt Absatz 4 Satz 4 entsprechend. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. *Die Länder können zur Feststellung, Verhütung und Verhinderung der Ausbreitung schwerwiegender übertragbarer Krankheiten bei bestimmten Gruppen von Personen über die Durchführung und die Pflicht zur Duldung von ärztlichen Untersuchungen einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane eigene Gesetze erlassen.“*	„(5) Personen, die in eine Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 4 aufgenommen werden sollen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Dies gilt nicht, wenn die betroffenen Personen ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 4 **vorlegen** oder unmittelbar vor ihrer Aufnahme in einer anderen Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 4 untergebracht waren und die entsprechenden Untersuchungen bereits dort durchgeführt wurden. Personen, die in eine Justizvollzugsanstalt aufgenommen werden, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden. Für Untersuchungen nach den Sätzen 1 und 3 gilt Absatz 4 Satz 4 entsprechend. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass Personen, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind und die wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für eine bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheit ausgesetzt waren, vor oder nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer solchen schwerwiegenden übertragbaren Krankheit vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein aufgrund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss einer schwerwiegenden übertragbaren Krankheit im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung können nähere Einzelheiten insbesondere zu den betroffenen Personengruppen und zu den Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 bestimmt werden. Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Empfehlungen abgeben. In dringenden Fällen kann zum Schutz der Bevölkerung die Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden. Eine auf der Grundlage des Satzes 5 erlassene Verordnung tritt ein Jahr nach ihrem Inkrafttreten außer Kraft; ihre Geltungsdauer kann mit Zustimmung des Bundesrates verlängert werden.“
e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz *6* und wie folgt gefasst:	**f**) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz **7** und wie folgt gefasst:
„(*6*) Durch die Absätze 4 *und 5* wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“	„(**7**) Durch die Absätze 4 **bis 6** wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“
21. § 37 wird wie folgt geändert:	21. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In der Überschrift werden die Wörter „Schwimm- und Badebeckenwasser“ durch die Wörter „Wasser zum Schwimmen oder Baden in Becken oder Teichen“ ersetzt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	
„(2) Wasser, das in Gewerbebetrieben, öffentlichen Bädern sowie in sonstigen nicht ausschließlich privat genutzten Einrichtungen zum Schwimmen oder Baden bereitgestellt wird	
1. in Schwimm- oder Badebecken oder	
2. in Schwimm- oder Badeteichen, die nicht Badegewässer im Sinne der Richtlinie 2006/7/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Februar 2006 über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung und zur Aufhebung der Richtlinie 76/160/EWG (ABl. L 64 vom 4.3.2006, S. 37; L 359 vom 29.12.2012, S. 77), die zuletzt durch die Richtlinie 2013/64/EU (ABl. L 353 vom 28.12.2013, S. 8) geändert worden ist, sind,	
muss so beschaffen sein, dass durch seinen Gebrauch eine Schädigung der menschlichen Gesundheit, insbesondere durch Krankheitserreger, nicht zu besorgen ist. Bei Schwimm- oder Badebecken muss die Aufbereitung des Wassers eine Desinfektion einschließen. Bei Schwimm- oder Badeteichen hat die Aufbereitung des Wassers durch biologische und mechanische Verfahren, die mindestens den allgemein anerkannten Regeln der Technik entsprechen, zu erfolgen.“	
c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „und Schwimm- oder Badebecken“ durch ein Komma und die Wörter „Schwimm- oder Badebecken und Schwimm- oder Badeteiche“ ersetzt.	
22. § 38 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	22. § 38 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates,“ durch die Wörter „Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen,“ ersetzt.	**entfällt**
bb) In Nummer 2 werden die Wörter „die Schwimm- und Badebecken“ durch die Wörter „die Schwimm- oder Badebecken, die Schwimm- oder Badeteiche“ ersetzt.	**aa**) u n v e r ä n d e r t
cc) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „eines Schwimm- oder Badebeckens“ die Wörter „oder eines Schwimm- oder Badeteiches“ eingefügt.	**bb**) u n v e r ä n d e r t
dd) In Nummer 5 werden die Wörter „von Schwimm- und Badebeckenwasser“ durch die Wörter „des in § 37 Absatz 2 Satz 1 bezeichneten Wassers“ ersetzt.	**cc**) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	**entfällt**
„Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“	**entfällt**
c) In *dem neuen* Satz *3* werden die Wörter „von Schwimm- oder Badebeckenwasser“ durch die Wörter „des in § 37 Absatz 2 Satz 2 bezeichneten Wassers“ und die Wörter „den Regeln der Technik“ durch die Wörter „mindestens den allgemein anerkannten Regeln der Technik“ ersetzt.	**b**) In Satz **2** werden die Wörter „von Schwimm- oder Badebeckenwasser“ durch die Wörter „des in § 37 Absatz 2 Satz 2 bezeichneten Wassers“ und die Wörter „den Regeln der Technik“ durch die Wörter „mindestens den allgemein anerkannten Regeln der Technik“ ersetzt.
d) Die *neuen* Sätze 4 *und 5* werden aufgehoben.	**c**) Die Sätze **3 und** 4 werden aufgehoben.
23. § 39 wird wie folgt geändert:	23. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „oder eines Schwimm- oder Badebeckens“ durch ein Komma und die Wörter „eines Schwimm- oder Badebeckens oder eines Schwimm- oder Badeteiches“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „Schwimm- und Badebecken“ durch die Wörter „Schwimm- oder Badebecken und Schwimm- oder Badeteichen“ ersetzt.	
	23a. § 45 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	a) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
	b) Folgende Nummer 3 wird angefügt:
	„3. Sterilitätsprüfungen, Bestimmung der Koloniezahl und sonstige Arbeiten zur mikrobiologischen Qualitätssicherung, wenn
	a) diese durch die in Absatz 1 bezeichneten Personen durchgeführt werden,
	b) der Qualitätssicherung von mikrobiologischen Untersuchungen nach Absatz 1 dienen und
	c) von der jeweiligen Berufskammer vorgesehen sind."
24. Nach § 50 wird folgender § 50a eingefügt:	24. u n v e r ä n d e r t
„§ 50a	
Laborcontainment und Ausrottung des Poliovirus; Verordnungsermächtigung	
(1) Natürliche oder juristische Personen, die die tatsächliche Sachherrschaft über Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, haben (Besitzer), haben dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. Die Anzeige muss Angaben zu der Einrichtung, zu der verantwortlichen Person, zu der Art und der Menge der Polioviren oder des Materials sowie zu dem damit verfolgten Zweck enthalten. Im Fall einer wesentlichen Veränderung der Tatsachen nach Satz 2 gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend. Die zuständige Behörde übermittelt die Angaben nach den Sätzen 1 bis 3 unverzüglich der obersten Landesgesundheitsbehörde, die sie unverzüglich der Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation beim Robert Koch-Institut übermittelt. Die Pflichten nach den §§ 49 und 50 bleiben von den Sätzen 1 bis 3 unberührt.	
(2) Der Besitzer hat Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, unverzüglich zu vernichten, sobald die Polioviren oder das Material nicht mehr konkret für Zwecke der Erkennung, Verhütung oder Bekämpfung von Poliomyelitis oder Polioviren benötigt wird.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, darf nur eine Einrichtung besitzen, die eine Zulassung für den Besitz von Polioviren hat (zentrale Einrichtung). Für Polioimpf- oder -wildviren des Typs 1 und 3 sowie für Material, das möglicherweise solche Polioviren enthält, gilt Satz 1 ab den in einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 Nummer 2 festgelegten Zeitpunkten. Die Zulassung als zentrale Einrichtung darf die zuständige Behörde mit Zustimmung der obersten Landesgesundheitsbehörde nur erteilen, wenn die Einrichtung Sicherheitsmaßnahmen gewährleistet, die mindestens den Schutzmaßnahmen der Schutzstufe 3 nach den §§ 10 und 13 der Biostoffverordnung entsprechen und die die Anforderungen erfüllen, die nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation an die Biosicherheit in Bezug auf Polioviren zu stellen sind. Die Zulassung ist auf ein Jahr zu befristen. Die zentrale Einrichtung ist mit der Zulassung verpflichtet, Polioviren und Material, das Polioviren enthält, aus anderen Einrichtungen zu übernehmen; bei der Übernahme ist jeweils Absatz 1 anzuwenden. Absatz 2 bleibt unberührt. Die zentrale Einrichtung hat über den jeweiligen Bestand nach den Vorgaben der zuständigen Behörde ein Verzeichnis zu führen.	
(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Zeitpunkte festzulegen,	
1. zu denen Polioviren und Material, das möglicherweise Polioviren enthält, nach Absatz 2 spätestens vernichtet sein müssen,	
2. ab denen nur eine zentrale Einrichtung Poliowildviren des Typs 1 und 3, Polioimpfviren des Typs 1 und 3 sowie Material, das möglicherweise solche Polioviren enthält, besitzen darf.	
(5) Wenn der Verdacht besteht, dass eine Person Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, besitzt, ohne dass dies nach Absatz 1 angezeigt wurde, kann die zuständige Behörde die erforderlichen Ermittlungen durchführen. Für die Ermittlungen gilt § 16 Absatz 2 bis 4 entsprechend. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
25. In § 51 Satz 1 werden nach den Wörtern „Tätigkeit ausübt“ die Wörter „oder Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, besitzt“ eingefügt.	25. u n v e r ä n d e r t
	25a. In § 52 Satz 1 wird die Angabe „§ 45 Abs. 2 Nr. 1“ durch die Wörter „§ 45 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 3“ ersetzt.
26. § 69 wird wie folgt geändert:	26. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	
„(1) Folgende Kosten sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, soweit nicht die von der Maßnahme betroffene Person oder Dritte zur Kostentragung verpflichtet sind:	
1. Kosten für die Übermittlung der Meldungen der nach § 6 meldepflichtigen Krankheiten,	
2. Kosten für die Übermittlung der Meldungen der nach § 7 meldepflichtigen Nachweise von Krankheitserregern,	
3. Kosten für die Durchführung der Erhebungen nach § 13 Absatz 2 Satz 5,	
4. Kosten für die Ablieferung von Untersuchungsmaterial an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik nach § 13 Absatz 3 Satz 1,	
5. Kosten für Maßnahmen nach § 17 Absatz 1, auch in Verbindung mit Absatz 3, soweit sie von der zuständigen Behörde angeordnet worden sind und die Notwendigkeit der Maßnahmen nicht vorsätzlich herbeigeführt wurde,	
6. Kosten für Untersuchung und Behandlung bei sexuell übertragbaren Krankheiten und bei Tuberkulose nach § 19 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2,	
7. Kosten für Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Krankheiten nach § 20 Absatz 5,	
8. Kosten für die Durchführung von Ermittlungen nach § 25,	
9. Kosten für Beobachtungsmaßnahmen nach § 29,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
10. Kosten für Quarantänemaßnahmen nach § 30 sowie	
11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5.“	
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	
„(3) Für aus öffentlichen Mitteln zu bestreitende Kosten der Quarantänemaßnahmen nach § 30 ist der Kostenträger zuständig, in dessen Bezirk die von der Maßnahme betroffene Person zum Zeitpunkt der Anordnung der Maßnahme ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder zuletzt hatte. Falls ein gewöhnlicher Aufenthaltsort nicht feststellbar ist, werden die Kosten vorläufig von dem Kostenträger übernommen, in dessen Bezirk die Maßnahme angeordnet wird. Der zuständige Kostenträger ist im Fall des Satzes 2 zur Erstattung verpflichtet. Satz 1 gilt nicht, soweit die Länder abweichende Vereinbarungen treffen.“	
27. § 70 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.	27. unverändert
28. § 73 wird wie folgt geändert:	28. unverändert
a) Dem Absatz 1 wird folgender Absatz 1 vorangestellt:	
„(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 50a Absatz 3 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 50a Absatz 4 Nummer 2, Polioviren oder dort genanntes Material besitzt.“	
b) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 1a und wie folgt geändert:	
aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:	
„1. entgegen § 6 oder § 7, jeweils auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 Nummer 2, 4 bis 6 oder 7 oder § 15 Absatz 1 oder 3, eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig macht,“.	
bb) Nummer 2 wird aufgehoben.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) In Nummer 13 werden die Wörter „§ 49 Abs. 1 Satz 1 oder § 50 Satz 1 oder 2“ durch die Wörter „§ 49 Absatz 1 Satz 1, § 50 Satz 1 oder 2 oder § 50a Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.	
dd) Nach Nummer 16 wird folgende Nummer 16a eingefügt:	
„16a. entgegen § 34 Absatz 5 Satz 1 oder § 43 Absatz 2 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht,“.	
ee) In Nummer 17 werden nach der Angabe „Satz 2,“ die Wörter „oder § 36 Absatz 3a“ eingefügt.	
ff) In Nummer 19 wird die Angabe „Abs. 4 Satz 6“ durch die Wörter „Absatz 5 Satz 1 oder 3“ ersetzt.	
gg) Nach Nummer 22 wird folgende Nummer 22a eingefügt:	
„22a. entgegen § 50a Absatz 2, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 50a Absatz 4 Nummer 1, Polioviren oder dort genanntes Material nicht oder nicht rechtzeitig vernichtet,“.	
hh) In Nummer 24 werden nach dem Wort „nach“ die Wörter „§ 13 Absatz 3 Satz 1,“ eingefügt.	
c) In Absatz 2 wird die Angabe „Absatzes 1“ durch die Angabe „Absatzes 1a“ ersetzt.	
29. § 74 wird wie folgt gefasst:	29. u n v e r ä n d e r t
„§ 74	
Strafvorschriften	
(6) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer eine in § 73 Absatz 1 oder Absatz 1a Nummer 1 bis 7, 11 bis 20, 22, 22a, 23 oder 24 bezeichnete vorsätzliche Handlung begeht und dadurch eine in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannte Krankheit oder einen in § 7 genannten Krankheitserreger verbreitet.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 2	**Artikel 2**
Änderung der Trinkwasserverordnung	**Änderung der Trinkwasserverordnung**
Die Trinkwasserverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 2016 (BGBl. I S. 459), die durch Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Trinkwasserverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 2016 (BGBl. I S. 459), die durch Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 11 wird wie folgt geändert:	1. § 11 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 7 wird aufgehoben.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	b) Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Sie dürfen Wasser nicht als Trinkwasser abgeben und anderen nicht als Trinkwasser zur Verfügung stellen, wenn das Wasser ohne eine Ausnahmegenehmigung nach § 12 mit Aufbereitungsstoffen oder Desinfektionsverfahren aufbereitet wurde, für die das Umweltbundesamt nicht nach den Absätzen 1 bis 3 festgestellt hat, dass die Aufbereitungsstoffe oder Desinfektionsverfahren hinreichend wirksam sind und keine unvertretbaren Auswirkungen auf die Gesundheit und die Umwelt haben.“	„Sie dürfen Wasser nicht als Trinkwasser abgeben und anderen nicht als Trinkwasser zur Verfügung stellen, wenn das Wasser ohne eine Ausnahmegenehmigung nach § 12 mit Aufbereitungsstoffen oder Desinfektionsverfahren aufbereitet wurde, für die das Umweltbundesamt nicht nach den Absätzen 1 bis 3 festgestellt hat, dass die Aufbereitungsstoffe oder Desinfektionsverfahren hinreichend wirksam sind und keine **vermeidbaren oder** unvertretbaren Auswirkungen auf die Gesundheit und die Umwelt haben.“
2. In § 25 wird in dem Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „§ 73 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 73 Absatz 1a“ ersetzt.	2. u n v e r ä n d e r t
Artikel 3	**Artikel 3**
Änderung des IGV-Durchführungsgesetzes	**Änderung des IGV-Durchführungsgesetzes**
Das IGV-Durchführungsgesetz vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 566), das zuletzt durch Artikel 42 des Gesetzes vom 8. Juli 2016 (BGBl. I S. 1594) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das IGV-Durchführungsgesetz vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 566), das zuletzt durch Artikel 42 des Gesetzes vom 8. Juli 2016 (BGBl. I S. 1594) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 11 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:	1. u n v e r ä n d e r t
„(5) Auf Meldungen nach Absatz 1, die sich auf eine übertragbare Krankheit beziehen, findet § 11 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes entsprechende Anwendung. Für die Übermittlung an die zuständige Landesbehörde ist das Gesundheitsamt zuständig, das die Meldung erhalten hat.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. § 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	2. u n v e r ä n d e r t
„(4) Auf Meldungen nach Absatz 1, die sich auf eine übertragbare Krankheit beziehen, findet § 11 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes entsprechende Anwendung. Für die Übermittlung an die zuständige Landesbehörde ist das Gesundheitsamt zuständig, das die Meldung erhalten hat.“	
3. Dem § 17 wird folgender Absatz 3 angefügt:	3. u n v e r ä n d e r t
„(3) § 12 findet im See- und Binnenschiffsverkehr entsprechend Anwendung. Die Aussteigekarte soll dem Muster der Anlage 1a entsprechen.“	
4. Dem § 18 wird folgender Absatz 6 angefügt:	4. u n v e r ä n d e r t
„(6) Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach den Absätzen 1 bis 5 werden von den Eigentümerinnen und Eigentümern der Schiffe zur Deckung des Verwaltungsaufwandes Gebühren und Auslagen nach dem Gebührenverzeichnis der Anlage 2 erhoben. Für die Angemessenheit der Kostensätze gilt § 19 Absatz 7 Satz 3 entsprechend.“	
5. § 19 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 5 wird im Satzteil vor der Aufzählung das Wort „Amtshandlungen“ durch die Wörter „individuell zurechenbare öffentliche Leistungen“ ersetzt.	
b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach Absatz 5 werden von der Antrag stellenden Person zur Deckung des Verwaltungsaufwandes Gebühren und Auslagen nach dem Gebührenverzeichnis der Anlage 2 erhoben.“	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „diese Kosten“ durch die Wörter „die Gebühren und Auslagen“ ersetzt.	
cc) In Satz 3 wird das Wort „Kostensätze“ durch das Wort „Gebühren- und Auslagensätze“ ersetzt.	
6. Anlage 1 wird wie folgt gefasst:	6. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„Anlage 1 (zu § 12 Absatz 1)	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

AUSSTEIGEKARTE **DE**

Fluggast-Aussteigekarte: Zum Schutz Ihrer Gesundheit werden Sie von den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes gebeten, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen, wenn der Verdacht einer übertragbaren Krankheit an Bord eines Luftfahrzeugs besteht. Ihre Angaben helfen den Gesundheitsbehörden, sich mit Ihnen in Verbindung zu setzen, wenn Sie einer übertragbaren Krankheit ausgesetzt waren. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und sorgfältig aus. Ihre Angaben werden in Übereinstimmung mit den anwendbaren Gesetzen aufbewahrt und nur für Zwecke der öffentlichen Gesundheitsvorsorge verwendet. **Danke, dass Sie uns dabei helfen, Ihre Gesundheit zu schützen.**

Es ist jeweils ein Formular pro Familie von einem erwachsenen Familienmitglied auszufüllen.
Füllen Sie das Formular in GROSSBUCHSTABEN aus. Lassen Sie für Leerstellen ein Kästchen frei.

FLUGINFORMATION: 1. Name der Fluggesellschaft | 2. Flugnummer | 3. Sitzplatz | 4. Ankunftsdatum (JJJJ/MM/TT)

PERSÖNLICHE ANGABEN: 5. Nachname (Familienname) | 6. Vorname | 7. Initial zweiter Vorname | 8. Geschlecht
weiblich ☐
männlich ☐

TELEFONNUMMER(N), unter der (denen) Sie falls nötig erreicht werden können, einschließlich Landesvorwahl und Städtevorwahl.
9. Mobiltelefon | 10. Arbeit
11. Privat | 12. Andere
13. E-Mail

WOHNANSCHRIFT: 14. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei) | 15. Wohnungsnummer
16. Stadt | 17. Bundesland
18. Land | 19. Postleitzahl

VORÜBERGEHENDE ANSCHRIFT: Wenn Sie ein Besucher / Tourist sind, tragen Sie nur den ersten Ort ein, an dem Sie sich aufhalten werden.
20. Name des Hotels (falls zutreffend) | 21. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei) | 22. Wohnungsnummer
23. Stadt | 24. Bundesland
25. Land | 26. Postleitzahl

Kontaktadresse für den Notfall (Person, die Sie in den kommenden 30 Tagen erreichen kann)
27. Nachname (Familienname) | 28. Vorname | 29. Stadt
30. Land | 31. E-Mail
32. Mobiltelefon | 33. weitere Telefonnummer

34. MITREISENDE – FAMILIENMITGLIEDER: Alter nur eintragen, wenn die Person unter 18 Jahre ist

	Nachname (Familienname)	Vorname	Sitzplatz	Alter <18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

35. Mitreisende – Nichtfamilienmitglieder: Name der Gruppe angeben (falls zutreffend)

	Nachname (Familienname)	Vorname	Gruppe (Reisegruppe, Team, geschäftlich, andere)
(1)			
(2)			

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

PUBLIC HEALTH PASSENGER LOCATOR FORM **EN**

Public Health Passenger Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a flight. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. Thank you for helping us to protect your health.

One form should be completed by an adult member of each familiy.
Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

FLIGHT INFORMATION. 1. Airline name | 2. Flight number | 3. Seat number | 4. Date of arrival (yyy/mm/dd)

PERSONAL INFORMATION. 5. Last (Family) Name | 6. First (Given) Name | 7. Middle Initial | 8. Your sex: Male ☐ Female ☐

PHONE NUMBER(S), where you can be reached if needed. Include country code and city code.

9. Mobile | 10. Business

11. Home | 12. Other

13. Email address

PERMANENT ADDRESS: 14. Number and street (Separate number and street with a blank box) | 15. Wohnungsnummer

16. City | 17. State/Province

18. Country | 19. ZIP/Postal code

TEMPORARY ADDRESS: If you are a visitor, write only the first place where you will be staying.

20. Hotel name (if any) | 21. Number and street (Separate number and street with blank box) | 22. Wohnungsnummer

23. Citay | 24. State/Province

25. Country | 26. ZIP/Postal Code

EMERGENCY CONTACT INFORMATION of someone who can reach you during the next 30 days

27. Last (Family) Name | 28. First (Given) Name | 29. City

30. Country | 31. Email

32. Mobile phone | 33. Other phone

34. TRAVEL COMPANIONS – FAMILIY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Seat number	Age <18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

35. TRAVEL COMPANIONS – NON FAMILY: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (tour, team, business, other)
(1)			
(2)			

"

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

AUSSTEIGEKARTE **DE**

Fluggast-Aussteigekarte: Zum Schutz Ihrer Gesundheit werden Sie von den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes gebeten, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen, wenn der Verdacht einer übertragbaren Krankheit an Bord eines Luftfahrzeugs besteht. Ihre Angaben helfen den Gesundheitsbehörden, sich mit Ihnen in Verbindung zu setzen, wenn Sie einer übertragbaren Krankheit ausgesetzt waren. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und sorgfältig aus. Ihre Angaben werden in Übereinstimmung mit den anwendbaren Gesetzen aufbewahrt und nur für Zwecke der öffentlichen Gesundheitsvorsorge verwendet. **Danke, dass Sie uns dabei helfen, Ihre Gesundheit zu schützen.**

Es ist jeweils ein Formular pro Familie von einem erwachsenen Familienmitglied auszufüllen.
Füllen Sie das Formular in GROSSBUCHSTABEN aus. Lassen Sie für Leerstellen ein Kästchen frei.

FLUGINFORMATION: 1. Name der Fluggesellschaft | 2. Flugnummer | 3. Sitzplatz | 4. Ankunftsdatum (JJJJ/MM/TT)

PERSÖNLICHE ANGABEN: 5. Nachname (Familienname) | 6. Vorname | 7. Initial zweiter Vorname | 8. Geschlecht
weiblich ☐
männlich ☐

TELEFONNUMMER(N), unter der (denen) Sie falls nötig erreicht werden können, einschließlich Landesvorwahl und Städtevorwahl.
9. Mobiltelefon | 10. Arbeit
11. Privat | 12. Andere
13. E-Mail

WOHNANSCHRIFT: 14. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei) | 15. Wohnungsnummer
16. Stadt | 17. Bundesland
18. Land | 19. Postleitzahl

VORÜBERGEHENDE ANSCHRIFT: Wenn Sie ein Besucher / Tourist sind, tragen Sie nur den ersten Ort ein, an dem Sie sich aufhalten werden.
20. Name des Hotels (falls zutreffend) | 21. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei) | 22. Wohnungsnummer
23. Stadt | 24. Bundesland
25. Land | 26. Postleitzahl

Kontaktadresse für den Notfall (Person, die Sie in den kommenden 30 Tagen erreichen kann)
27. Nachname (Familienname) | 28. Vorname | 29. Stadt
30. Land | 31. E-Mail
32. Mobiltelefon | 33. weitere Telefonnummer

34. MITREISENDE – FAMILIENMITGLIEDER: Alter nur eintragen, wenn die Person unter 18 Jahre ist

	Nachname (Familienname)	Vorname	Sitzplatz	Alter <18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

35. Mitreisende – Nichtfamilienmitglieder: Name der Gruppe angeben (falls zutreffend)

	Nachname (Familienname)	Vorname	Gruppe (Reisegruppe, Team, geschäftlich, andere)
(1)			
(2)			

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

PUBLIC HEALTH PASSENGER LOCATOR FORM **EN**

Public Health Passenger Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a flight. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. Thank you for helping us to protect your health.

One form should be completed by an adult member of each familiy.
Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

FLIGHT INFORMATION. 1. Airline name | 2. Flight number | 3. Seat number | 4. Date of arrival (yyy/mm/dd)

PERSONAL INFORMATION. 5. Last (Family) Name | 6. First (Given) Name | 7. Middle Initial | 8. Your sex: Male ☐ Female ☐

PHONE NUMBER(S), where you can be reached if needed. Include country code and city code.

9. Mobile | 10. Business

11. Home | 12. Other

13. Email address

PERMANENT ADDRESS: 14. Number and street (Separate number and street with a blank box) | 15. Wohnungsnummer

16. City | 17. State/Province

18. Country | 19. ZIP/Postal code

TEMPORARY ADDRESS: If you are a visitor, write only the first place where you will be staying.

20. Hotel name (if any) | 21. Number and street (Separate number and street with blank box) | 22. Wohnungsnummer

23. Citay | 24. State/Province

25. Country | 26. ZIP/Postal Code

EMERGENCY CONTACT INFORMATION of someone who can reach you during the next 30 days

27. Last (Family) Name | 28. First (Given) Name | 29. City

30. Country | 31. Email

32. Mobile phone | 33. Other phone

34. TRAVEL COMPANIONS – FAMILIY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Familiy) Name	First (Given) Name	Seat number	Age <18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

35. TRAVEL COMPANIONS – NON FAMILY: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (tour, team, business, other)
(1)			
(2)			

"

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 1a eingefügt:	7. u n v e r ä n d e r t
„Anlage 1a (zu § 17 Absatz 3)	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Aussteigekarte für Reisende / Passenger Locator Card

Sehr geehrte(r) Reisende(r),
auf Ihrem Schiff befindet sich möglicherweise ein Passagier mit einer ansteckenden Erkrankung. Zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz vor einer Weiterverbreitung der Infektion möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Angaben zu Ihrer Person zu machen:
Dear passenger,
during the journey there was a person on board who may have been suffering from a contagious or communicable disease. In order to protect you and to avoid further spread of the suspected illness we require the following personal data.

Diese Angaben dienen uns dazu, Sie im Falle einer Infektionsgefährdung zu informieren und zu beraten. Sie werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und umgehend gelöscht, falls kein Infektionsrisiko mehr besteht.
The confidential data obtained shall be used exclusively for the execution of our legal obligations. In case of an infection risk you shall be contacted by Health Authorities. As soon as we have established that no health risk exists, the data shall be destroyed.

Schiffsname / *Ship name:*

Letzter Hafen / *last port*

Nummer der Kreuzfahrt / *voyage identification code*

Reisezeitraum von - bis/ dates of j*ourney / length, from - to,* **Kabinen Nr. / *Cabin Number***

Pass-Nr. / *Pass Port Number*

Name / *Surname* **Vorname / *first name*:**

Geburtsdatum / *Date of Birth*: **DD** **MM** **YYYY** **Geschlecht / *Sex*** **Nationalität / Nationality**

m/*m*	w / *f*

Heimatadresse / *Home address* / Straße / *Street* / Nr./ *No.*

Postleitzahl /Ort / *Zip-Code / Town or City*

Land / *Country*:

Telefon-Nr. / *Phone Number* / Handy-Nr. / *Mobile Number*::

E-Mail

Aufenthaltsort in den nächsten 10 Tagen / *Contact address for the next 10 days:* Straße / *Street* /Nr. / *No.*

Postleitzahl / Ort / *Zip-Code / Town or City*:

Land / *Country*:

Telefon-Nr. / *phone No.:*

Angaben zu Ihrer Reise / *Passage / Journey details:*

Abreise von / *Departure from*: **Nach / *Destination* :**

Gesundheitsfragen / *Public Health Questionnaire*

1. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber oder Schüttelfrost? *Have you had fever or chills within the last 24 hours?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
2. Hatten Sie in der letzten Zeit Husten oder Atembeschwerden *Have you been coughing or did you have difficulty in breathing recently?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
3. Hatten Sie Schnupfen, Hals- oder Kopf-und Gliederschmerzen? *Did you have a sore throat, runny nose, and headache or body pains?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
4. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen oder dünnen Stuhl *Have you vomited or had diarrhea within the last 24 hrs.?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
5. Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippesymptome (Influenza) zeigte? *Within the last 10 days, have you been near or did you spent time with someone who had fever and cough, or was a known case of influenza*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
6. Leiden Sie an einer chronische Erkrankung? *Are you suffering from a chronic disease or condition?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐

7. Wenn ja- welche: *If yes – specify*:

Welche Länder, einschließlich Ihres Heimatlandes, haben Sie in den letzten 10 Tagen besucht? Beginnen Sie mit dem zuletzt besuchten Land.
List all countries where you have been (including where you live) during the last 10 days. List in order the most recent country first (where you boarded)

1. **2.** **3.**

4. **5.** **6.**

“.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Aussteigekarte für Reisende / Passenger Locator Card

Sehr geehrte(r) Reisende(r),
auf Ihrem Schiff befindet sich möglicherweise ein Passagier mit einer ansteckenden Erkrankung. Zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz vor einer Weiterverbreitung der Infektion möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Angaben zu Ihrer Person zu machen:
Dear passenger,
during the journey there was a person on board who may have been suffering from a contagious or communicable disease. In order to protect you and to avoid further spread of the suspected illness we require the following personal data.

Diese Angaben dienen uns dazu, Sie im Falle einer Infektionsgefährdung zu informieren und zu beraten. Sie werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und umgehend gelöscht, falls kein Infektionsrisiko mehr besteht.
The confidential data obtained shall be used exclusively for the execution of our legal obligations. In case of an infection risk you shall be contacted by Health Authorities. As soon as we have established that no health risk exists, the data shall be destroyed.

Schiffsname / *Ship name:*

Letzter Hafen / *last port*

Nummer der Kreuzfahrt / *voyage identification code*

Reisezeitraum von - bis/ dates of j*ourney / length, from - to,* **Kabinen Nr. / *Cabin Number***

Pass-Nr. / *Pass Port Number*

Name / *Surname* **Vorname / *first name*:**

Geburtsdatum / *Date of Birth*: **DD** **MM** **YYYY** **Geschlecht / *Sex*** **Nationalität / Nationality**

m/*m*	w / *f*

Heimatadresse / *Home address* / Straße / *Street* / Nr./ *No.*

Postleitzahl /Ort / *Zip-Code / Town or City*

Land / *Country*:

Telefon-Nr. / *Phone Number* / Handy-Nr. / *Mobile Number*::

E-Mail

Aufenthaltsort in den nächsten 10 Tagen / *Contact address for the next 10 days:* Straße / *Street* /Nr. / *No.*

Postleitzahl / Ort / *Zip-Code / Town or City*:

Land / *Country*:

Telefon-Nr. / *phone No.:*

Angaben zu Ihrer Reise / *Passage / Journey details:*

Abreise von / *Departure from*: **Nach / *Destination* :**

Gesundheitsfragen / *Public Health Questionnaire*

1. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber oder Schüttelfrost? *Have you had fever or chills within the last 24 hours?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
2. Hatten Sie in der letzten Zeit Husten oder Atembeschwerden *Have you been coughing or did you have difficulty in breathing recently?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
3. Hatten Sie Schnupfen, Hals- oder Kopf-und Gliederschmerzen? *Did you have a sore throat, runny nose, and headache or body pains?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
4. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen oder dünnen Stuhl *Have you vomited or had diarrhea within the last 24 hrs.?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
5. Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippesymptome (Influenza) zeigte? *Within the last 10 days, have you been near or did you spent time with someone who had fever and cough, or was a known case of influenza*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐
6. Leiden Sie an einer chronische Erkrankung? *Are you suffering from a chronic disease or condition?*	Ja Yes	☐ ☐	Nein No	☐ ☐

7. Wenn ja- welche: *If yes – specify*:

Welche Länder, einschließlich Ihres Heimatlandes, haben Sie in den letzten 10 Tagen besucht? Beginnen Sie mit dem zuletzt besuchten Land.
List all countries where you have been (including where you live) during the last 10 days. List in order the most recent country first (where you boarded)

1. **2.** **3.**

4. **5.** **6.**

“.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
8. Anlage 2 wird wie folgt gefasst:	8. u n v e r ä n d e r t
„Anlage 2 (zu § 18 Absatz 6 und § 19 Absatz 7)	
Gebührenverzeichnis	
1. Die Gebühr für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 18 Absatz 1 bis 5 (Erteilung der freien Verkehrserlaubnis) beträgt, wenn die gesundheitlichen Verhältnisse an Bord ermittelt werden müssen, 75 Euro.	
2. Die Gebühr für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 19 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 (Bescheinigung über die Befreiung von Schiffshygienemaßnahmen) beträgt	
a) bei Schiffen, die mehr als zwölf Personen gewerblich befördern oder hierfür zugelassen und eingesetzt sind (Fahrgastschiffe)	
aa) bis 2 000 Bruttoraumzahl (BRZ) 245 Euro,	
bb) von 2 001 bis 10 000 BRZ 490 Euro,	
cc) ab 10 001 BRZ 670 Euro,	
b) bei Binnenschiffen 120 Euro,	
c) bei allen anderen Schiffstypen	
aa) bis 1 000 BRZ 120 Euro,	
bb) von 1 001 bis 2 000 BRZ 180 Euro,	
cc) von 2 001 bis 35 000 BRZ 245 Euro,	
dd) von 35 001 bis 85 000 BRZ 305 Euro,	
ee) ab 85 001 BRZ 400 Euro.	
3. Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 19 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 (Bescheinigung über die Durchführung von Schiffshygienemaßnahmen) werden die Gebühren nach Nummer 2 erhoben zuzüglich	
a) bei Fahrgastschiffen	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) bis 2 000 BRZ 90 Euro,	
bb) von 2 001 bis 10 000 BRZ 155 Euro,	
cc) ab 10 001 BRZ 230 Euro,	
b) bei Binnenschiffen45 Euro,	
c) bei allen anderen Schiffstypen	
aa) bis 2 000 BRZ 45 Euro,	
bb) von 2 001 bis 35 000 BRZ 75 Euro,	
cc) von 35 001 bis 85 000 BRZ 105 Euro,	
dd) ab 85 001 BRZ 135 Euro.	
4. Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 19 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2, die von Montag bis Freitag in der Zeit von 21 Uhr bis 6 Uhr, am Wochenende oder an einem Feiertag erbracht werden, beträgt der Zuschlag	
a) bei Fahrgastschiffen	
aa) bis 2 000 BRZ 105 Euro,	
bb) von 2 001 bis 10 000 BRZ 210 Euro,	
cc) ab 10 001 BRZ 290 Euro,	
b) bei Binnenschiffen55 Euro,	
c) bei allen anderen Schiffstypen	
aa) bis 1 000 BRZ 55 Euro,	
bb) von 1 001 bis 2 000 BRZ 80 Euro,	
cc) von 2 001 bis 35 000 BRZ 110 Euro,	
dd) von 35 001 bis 85 000 BRZ 135 Euro,	
ee) ab 85 001 BRZ 175 Euro.	
5. Die Gebühr erhöht sich durch eine Wegepauschale für Anfahrten über 15 km je angefangene halbe Stunde um 25 Euro.	
6. Die Gebühr für die Verlängerung einer Schiffshygienebescheinigung nach § 19 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 beträgt	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
a) in den Fällen des § 19 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a 70 Euro,	
b) in den Fällen des § 19 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b die Hälfte der Gebühr nach Nummer 2.	
7. Verzögert sich die Besichtigung des Schiffes nach dem Eintreffen der oder des Beauftragten des Hafenärztlichen Dienstes aus Gründen, die die Gebührenschuldnerin oder der Gebührenschuldner zu vertreten hat, insbesondere weil sie oder er den Verpflichtungen nach § 19 Absatz 4 Satz 2 nicht nachkommt, so wird für jede angefangene halbe Stunde der Verzögerung eine zusätzliche Gebühr erhoben in Höhe von 40 Euro.	
8. Für den Mehraufwand auf Grund von erforderlichen Wiederholungsuntersuchungen, auf Grund ärztlicher Beurteilungen oder auf Grund der Einleitung oder Durchführung sonstiger Maßnahmen erhöht sich die Gebühr je angefangene halbe Stunde um 40 Euro.	
9. Die Gebühr für eine Zweitschrift der Bescheinigungen nach § 19 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und 2 beträgt 35 Euro.“	
Artikel 4	**Artikel 4**
Änderung des AZR-Gesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
Das AZR-Gesetz vom 2. September 1994 (BGBl. I S. 2265), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1939) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 3 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
a) In Nummer 10 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 4 oder 5“ ersetzt.	
b) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:	
„10a. die Feststellung, dass keine medizinischen Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.	
2. § 18a wird wie folgt geändert:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In Nummer 13 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 4 oder 5“ ersetzt.	
b) Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:	
„13a. die Feststellung, dass keine medizinischen Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.	
3. § 18c wird wie folgt geändert:	
a) In Nummer 6 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 4 oder 5“ ersetzt.	
b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:	
„6a. die Feststellung, dass keine medizinischen Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.	
4. § 18d wird wie folgt geändert:	
a) In Nummer 9 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 4 oder 5“ ersetzt.	
b) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:	
„9a. die Feststellung, dass keine medizinischen Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.	
Artikel 5	**Artikel 5**
Änderung der AZRG-Durchführungsverordnung	**u n v e r ä n d e r t**
Die AZRG-Durchführungsverordnung vom 17. Mai 1995 (BGBl. I S. 695), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 2. Februar 2016 (BGBl. I S. 130) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 18 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird nach der Angabe „Nummer 10“ die Angabe „, 10a“ eingefügt.	
2. Die Anlage wird in Abschnitt I Allgemeiner Datenbestand Nummer 3a wie folgt geändert:	
a) Spalte A wird wie folgt geändert:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
aa) In Buchstabe k wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 4 oder Absatz 5“ ersetzt.	
bb) Nach Buchstabe k wird folgender Buchstabe ka eingefügt:	
„ka) die Feststellung, dass keine medizinischen Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen“.	
b) In Spalte B Buchstabe ka die Angabe „(7)“ eingefügt.	
c) In Spalte C werden im dritten Anstrich von oben die Wörter „zuständigen Behörden zu Spalte A Buchstabe k und l“ durch die Wörter „und die für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörden zu Spalte A Buchstabe k bis l“ ersetzt.	
d) In Spalte D werden im dritten Anstrich von unten nach den Wörtern „für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörden zu Spalte A Buchstabe a, c, e, f, k“ ein Komma und die Angabe „ka“ eingefügt.	
Artikel 6	**Artikel 6**
Änderung des Tiergesundheitsgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
Das Tiergesundheitsgesetz vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1324), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 85 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Dem § 27 wird folgender Absatz 8 angefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(8) Das Friedrich-Loeffler-Institut arbeitet zu den in § 1 genannten Zwecken mit ausländischen Stellen und supranationalen Organisationen sowie mit der Weltorganisation für Tiergesundheit und anderen internationalen Organisationen zusammen, um einer möglichen grenzüberschreitenden Ausbreitung von Tierseuchen vorzubeugen oder diese Ausbreitung zu verhindern. Die Zusammenarbeit kann eine dauerhafte wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Einrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in Drittstaaten, insbesondere die Ausbildung von Personal der Drittstaaten, Unterstützungsleistungen im Bereich der Labordiagostik sowie die Beteiligung an epidemiologischen Untersuchungen und epidemiologischen Lage- und Risikobewertungen, umfassen, auch verbunden mit dem Einsatz von Personal des Friedrich-Loeffler-Institutes im Ausland.“	
2. § 35 Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 3b ersetzt:	
„(3) Die zuständigen Behörden können, sofern es zur Tierseuchenbekämpfung erforderlich ist oder durch Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft oder der Europäischen Union im Anwendungsbereich dieses Gesetzes vorgeschrieben ist, Daten, die sie im Rahmen der Tierseuchenbekämpfung gewonnen haben, den anderen zuständigen Behörden, den anderen Mitgliedstaaten, dem Bundesministerium, dem Friedrich-Loeffler-Institut und der Europäischen Kommission mitteilen.	
(3a) Die zuständigen Behörden unterrichten die für die Ermittlungen nach § 25 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Behörden über den Verdacht oder den Ausbruch einer anzeigepflichtigen Tierseuche oder meldepflichtigen Tierkrankheit, die auf den Menschen übertragen werden kann, unter Angabe der Gemeinde, in der der Verdacht oder der Ausbruch festgestellt worden ist. Personenbezogene Daten dürfen nicht übermittelt werden.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(3b) Hat die nach § 25 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständige Behörde Ermittlungen nach dieser Vorschrift eingeleitet, übermittelt die zuständige Behörde auf Ersuchen der nach § 25 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Behörde zum Zwecke der Durchführung der Ermittlungen Name und Anschrift des Tierhalters, in dessen Bestand der Verdacht oder der Ausbruch der Tierseuche oder Tierkrankheit festgestellt worden ist, und den Standort der Tiere.“	
Artikel 7	**Artikel 7**
Änderung des Chemikaliengesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
§ 12a Absatz 3 des Chemikaliengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3498, 3991), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 97 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Nummer 1 werden nach dem Wort „bei“ die Wörter „behördlich angeordneten“ eingefügt und wird das Wort „müssen“ durch das Wort „dürfen“ ersetzt.	
2. Nummer 2 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:	
„2. das Umweltbundesamt in Bezug auf Biozid-Produkte, die nach § 18 des Infektionsschutzgesetzes bei behördlich angeordneten Maßnahmen zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen oder Krätzmilben verwendet werden dürfen,	
3. das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit in Bezug auf Biozid-Produkte, die nach einer Rechtsverordnung auf Grund des § 7 des Tiergesundheitsgesetzes bei einer tiergesundheitsrechtlich vorgeschriebenen Desinfektion, Bekämpfung von Schadnagern oder von sonstigen Schadorganismen oder bei einer sonstigen Entwesung verwendet werden dürfen.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 8	**Artikel 8**
Änderung der Chemikalien-Kostenverordnung	**u n v e r ä n d e r t**
In § 1 Absatz 1 Satz 2 der Chemikalien-Kostenverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Mai 2014 (BGBl. I S. 591) werden die Wörter „Das Robert Koch-Institut und das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit erheben im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten nach § 12a Absatz 3 Nummer 1 und 2 des Chemikaliengesetzes“ durch die Wörter „Das Robert Koch-Institut, das Umweltbundesamt und das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit erheben im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten nach § 12a Absatz 3 Nummer 1 bis 3 des Chemikaliengesetzes“ ersetzt.	
	Artikel 8a
	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 291d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
	2. Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 bis 1b ersetzt:
	„(1) In informationstechnische Systeme, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden in
	1. der vertragsärztlichen Versorgung,
	2. der vertragszahnärztlichen Versorgung und
	3. Krankenhäusern,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sind offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel zu integrieren. Die Integration der Schnittstellen muss, spätestens zwei Jahre nachdem die jeweiligen Festlegungen nach den Absätzen 2 bis 4 in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufgenommen worden sind, erfolgt sein. Informationstechnische Systeme, in die nach Satz 1 Schnittstellen integriert worden sind, bedürfen der jeweiligen Bestätigung nach den Absätzen 2 bis 4, bevor sie eingesetzt werden dürfen.
	(1a) Absatz 1 gilt entsprechend für die Integration von offenen und standardisierten Schnittstellen für
	1. elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zugelassen sind für die Verordnung von Arzneimitteln, und
	2. elektronische Programme, die aufgrund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zugelassen sind zur Durchführung von Meldungen und Benachrichtigungen.
	Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zugelassen sind, sind die Vorgaben nach § 73 Absatz 9 und der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 zu berücksichtigen. Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die aufgrund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zugelassen sind, sind die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu berücksichtigen; zudem ist ein Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut herzustellen. Die Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 und die Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes können für die Integration von Schnittstellen für die elektronischen Programme eine Frist festlegen, die von der in Absatz 1 Satz 2 genannten Frist abweicht.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(1b) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates, Fristen für die Integration weiterer offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme nach Absatz 1 Satz 1 festzulegen.“
	Artikel 8b
	Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	Nach § 137h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird folgender § 137i eingefügt:
	„§ 137i
	Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus fest, für die sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser vereinbaren. Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen sind alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt. In den pflegesensitiven Bereichen sind die dazugehörigen Intensiveinheiten, in begründeten Fällen auch Intensiveinheiten außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen, sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben geeignete Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. Sie bestimmen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis. Für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes, insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen. Zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen können sie im Bedarfsfall fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen. Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind insbesondere der Deutsche Pflegerat, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. qualifiziert zu beteiligen, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen sind und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütungsabschläge nach Satz 7 bis zum 30. Juni 2018 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.
	(2) Bei der Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 steht das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und beteiligt den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten bei den in den Sätzen 4 bis 6 vorgesehenen Verfahrensschritten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 das Institut nach § 137a mit Gutachten beauftragen; § 137a Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit ist berechtigt, an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich, spätestens bis zum 31. August 2017, einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vor. Sie sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans gefährdet sind, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen zu geben und mögliche Lösungen für Vereinbarungshindernisse vorzulegen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2018 einen Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vor.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Zum Erlass der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 kann das Bundesministerium für Gesundheit auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann insbesondere das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Institut nach § 137a mit Auswertungen oder Sachverständigengutachten beauftragen. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren; für die Aufwendungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 4 Satz 3 entsprechend.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(4) Für die Jahre ab 2019 haben die Krankenhäuser durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen und unter Berücksichtigung des Ziels der Vermeidung von Personalverlagerungseffekten, nachzuweisen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz die nähere Ausgestaltung der Nachweise. Die Krankenhäuser übermitteln den Nachweis zum 30. Juni jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Kommt eine Vereinbarung über die nähere Ausgestaltung der Nachweise nach Satz 2 unter Einschluss der gemäß Absatz 1 Satz 5 vorzusehenden Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.
	(5) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein nach Absatz 1 Satz 7 bestimmter Vergütungsabschlag zu vereinbaren.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(6) Für die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen treffen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unter Schätzung der personellen und finanziellen Folgen eine Rahmenvereinbarung darüber, welche Mehrkosten, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen, in Art und Umfang von den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes bei der Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes zu berücksichtigen sind. Dabei haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auf Grundlage von Auswertungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus festzustellen, inwieweit die Pflegepersonaluntergrenzen bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach diesem Gesetz finanziert werden. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.
	(7) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor.“
	Artikel 8c
	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 4 Absatz 8 Satz 12 wird wie folgt gefasst:
	„Für die Jahre 2019 bis 2021 sind übergangsweise von den Krankenhäusern nur die Bestätigungen nach Satz 9 zweiter Halbsatz und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nur der Bericht nach Satz 10 vorzulegen sowie von den Krankenkassen nur die Informationen nach Satz 11 zu übermitteln.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Dem § 5 Absatz 3c wird folgender Satz angefügt:
	„Bei einer Vereinbarung von Zuschlägen aufgrund einer Rahmenvereinbarung nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Sätze 1, 4 und 5 entsprechend anzuwenden.“
	3. § 8 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „oder Absatz 2“ die Wörter „oder nach § 137i Absatz 5“ eingefügt.
	b) In Absatz 10 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ab dem Jahr 2019 erhöht sich die Fördersumme von 500 Millionen Euro um den Betrag der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8“ eingefügt.
	4. § 9 Absatz 1a wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Bundesausschusses“ die Wörter „sowie aufgrund von Rahmenvereinbarungen nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
	b) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
	c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
	„6. bis zum 31. Oktober 2018 die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 sowie die Berichtigung dieses Betrages in den Folgejahren bei einer Fehlschätzung.“
	5. § 21 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Buchstabe d wird das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt.
	bb) Folgender Buchstabe e wird angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„e) die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach pflegesensitiven Bereichen nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“
	b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
	„Näheres zu den Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sowie zu deren Übermittlung, die erstmals für das erste Halbjahr 2018 zu erfolgen hat, ist bis zum 31. Juli 2018 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu vereinbaren.“
Artikel 9	**Artikel 9**
Änderung des Gesetzes zur Aktualisierung der Strukturreform des Gebührenrechts des Bundes	**u n v e r ä n d e r t**
Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes zur Aktualisierung der Strukturreform des Gebührenrechts des Bundes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) wird wie folgt gefasst:	
„(20) Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 8. Juli 2016 (BGBl. I S. 1594) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In der Inhaltsübersicht wird in der Angabe zu § 18 das Wort „Verordnungsermächtigungen“ durch das Wort „Verordnungsermächtigung“ ersetzt.	
2. § 18 wird wie folgt geändert:	
a) In der Überschrift wird das Wort „Verordnungsermächtigungen“ durch das Wort „Verordnungsermächtigung“ ersetzt.	
b) Die Absätze 8 und 9 werden aufgehoben.	
c) Absatz 10 wird Absatz 8.	
3. § 38 Absatz 3 und § 39 Absatz 1 Satz 2 werden aufgehoben.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 10	**Artikel 10**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Rudolf Henke, Sabine Dittmar, Birgit Wöllert und Kordula Schulz-Asche

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 18/10938, 18/11187** in seiner 215. Sitzung am 26. Januar 2017 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Der Gesetzentwurf soll nach Angaben der Bundesregierung die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten verbessern und an neue Entwicklungen anpassen. Ziel ist eine Effizienzsteigerung bei der Prävention und der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Deutschland. Das Robert Koch-Institut wird mit der Einrichtung eines elektronischen Meldewesens beauftragt, das spätestens 2021 in Betrieb gehen und den Behörden zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz dienen soll. Dazu wird im Infektionsschutzgesetz eine datenschutzkonforme Rechtsgrundlage geschaffen. Weiterhin werden die Meldepflichten für Krankenhäuser, Pflegeheime und andere Gemeinschaftsunterkünfte erweitert. Auf diese Weise sollen mehr Informationen zu Übertragungswegen gesammelt werden. Neuere Erkenntnisse der epidemiologischen und medizinischen Wissenschaft und Erfahrungen der Länder und des Bundes mit dem Vollzug des Infektionsschutzgesetzes hätten zudem weitere punktuelle Verbesserungsmöglichkeiten im Infektionsschutzgesetz aufgezeigt. Ferner hätten sich die Rahmenbedingungen für den Infektionsschutz im internationalen Kontext sowie europarechtliche Vorschriften fortentwickelt, sodass auf nationaler Ebene gesetzlicher Anpassungsbedarf bestehe.

Im Zuge der Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland an der globalen Polioeradikationsstrategie der Weltgesundheitsorganisation, einer Strategie zur vollständigen Ausrottung der Polioviren, bedürfe es zusätzlicher Rechtsgrundlagen, damit Deutschland in Bezug auf den in der Strategie vorgesehenen sicheren Einschluss von Polioviren in Einrichtungen (sogenanntes Laborcontainment von Polioviren) und in Bezug auf die bezweckte Vernichtung aller Polioviren seine Beiträge erbringen könne.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)**, erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf, da das Ressort den aus diesem Regelungsvorhaben resultierenden Erfüllungsaufwand nachvollziehbar und plausibel dargestellt habe.

Der **Bundesrat** hat in seiner 953. Sitzung am 10. Februar 2017 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Er hat in seiner Stellungnahme gefordert im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob und inwieweit zusätzliche bundeseinheitliche Regelungen für eine verpflichtende Gesundheitsuntersuchung auf relevante übertragbare Krankheiten, insbesondere einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose, für Personen zu schaffen sind, die aus Hochrisikoländern nach Deutschland einreisen. Insbesondere fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, Vorschläge zu machen, auf welche Arten der Einreise sich die Regelung beziehen soll. Weiterhin sollen Vorschläge zur Festlegung der Liste der Herkunftsländer, zur Festlegung des Untersuchungsumfangs und zum Meldeweg beziehungsweise zur zuständigen Behörde gemacht werden (Drucksache 18/11187).

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats die weitere Prüfung im Gesetzgebungsverfahren, inwieweit bundeseinheitliche Regelungen im Hinblick auf den Infektionsschutz erforderlich scheinen, weil Personen aus Hochrisikoländern nach Deutschland einreisen, zugesagt. Darüber hinaus hat sie Vorschlägen des Bundesrats überwiegend zugestimmt (Drucksache 18/11187).

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

III. Stellungnahme des mitberatenden Ausschusses

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 151. Sitzung am 31. Mai 2017 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/10938, 18/11187 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat am 30. Januar 2017 im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag festgestellt, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte nicht erforderlich ist.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 103. Sitzung am 25. Januar 2017 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 18/10938, 18/11187 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 105. Sitzung am 15. Februar 2017 hat der Ausschuss die Beratungen über die Vorlagen aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung zu den Vorlagen fand in der 106. Sitzung am 15. Februar 2017 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V. (BDL), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V., Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutsche Gesellschaft für das Badewesen e. V., Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Forschungsgesellschaft Landschaftsentwicklung Landschaftsbau e. V. (FLL) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Als Einzelsachverständige waren geladen: Dr. Anne Bunte und Gudrun Widders. Auf das entsprechende Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der Ausschuss hat in seiner 113. Sitzung am 26. April 2017 einen Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/10938 auf Ausschussdrucksache 18(14)249.2 (Zu Artikel 8a (§ 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 8b (§§ 4, 5, 8 und 9 des Krankenhausentgeltgesetzes)) beraten und die Durchführung einer öffentlichen Anhörung zu dem Änderungsantrag beschlossen.
Diese fand in der 117. Sitzung am 17. Mai 2017 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Gewerkschaftsbund, Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), GKV-Spitzenverband, InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Marburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren geladen: Bernadette Rümmelin, Prof. Dr. Jonas Schreyögg und Dr. Pia Wieteck. Auf das entsprechende Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der Ausschuss hat die Beratungen in seiner 118. Sitzung am 31. Mai 2017 fortgesetzt und abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/10938, 18/11187 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/10938 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält in § 36 Absatz 6 IfSG die Möglichkeit, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass Personen, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind und die wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für eine bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheit ausgesetzt waren, vor oder nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer solchen schwerwiegenden übertragbaren Krankheit vorhanden sind. Der Bundesrat hatte die Prüfung einer bundeseinheitlichen Regelung gefordert.

2. In § 14 Absatz 8 IfSG wird die Möglichkeit vorgesehen, dass für Meldungen nach IfSG künftig nur (internetbasierte) Meldeportale oder elektronische (Zusatz-)Programme, die vom Robert Koch-Institut zugelassen sind, genutzt werden dürfen.

3. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim RKI erhält in § 23 Absatz 1 IfSG den Auftrag, fachliche Empfehlungen dazu zu erstellen, nach welchen Kriterien und Verfahren Einrichtungen als „Einrichtungen für ambulantes Operieren“ eingestuft werden sollten. Der Bundesrat hatte die Einführung einer bundeseinheitlichen Definition für „Einrichtungen für ambulantes Operieren“ angeregt.

4. Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung über das Wasser in Schwimm- oder Badebecken und Schwimm- oder Badeteichen nach § 38 IfSG wird auf Wunsch des Bundesrates nicht auf die Länder übertragen.

5. Durch eine Änderung von § 45 Absatz 1 IfSG wird verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte allein wegen einer zur Qualitätssicherung von der Bundesärztekammer vorgesehenen Teilnahme an sog. Ringversuchen einer Erlaubnis für das Arbeiten mit Krankheitserregern nach § 44 IfSG bedürfen. Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme eine dahingehende Ausnahme von der Erlaubnispflicht vorgeschlagen.

6. § 11 der Trinkwasserverordnung wird auf Vorschlag des Bundesrates redaktionell angepasst.

7. Durch eine Änderung des § 291d SGB V wird die obligatorische Integration offener und standardisierter Schnittstellen (für das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 IfSG) in informationstechnische Systeme der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Krankenhäuser (Praxisverwaltungssysteme und Krankenhausinformationssysteme), für Softwarehersteller geregelt.

8. Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden in § 137i SGB V beauftragt, für von ihnen festzulegende pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Außerdem hat die Selbstverwaltung Vereinbarungen über obligatorische Vergütungsabschläge und die nähere Ausgestaltung des Nachweises des Erfüllungsgrades der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu treffen. Wenn die Vereinbarungen nicht fristgemäß zustande kommen, werden die Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 1. Januar 2019 durch Rechtsverordnung des BMG und die Vereinbarungen über die Vergütungsabschläge sowie den Nachweis durch die Schiedsstelle festgelegt. Die Wirkung der Pflegepersonaluntergrenzen ist bis zum 31. Dezember 2022 wissenschaftlich zu evaluieren. Der Pflegezuschlag, der seit diesem Jahr den allgemeinen Krankenhäusern zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung gezahlt wird, wird 2019 um die zweckentsprechend verwendeten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms um bis zu 330 Mio. € aufgestockt. Hierdurch kann ein jährliches Finanzvolumen von bis zu 830 Mio. Euro dauerhaft für eine bessere Pflege eingesetzt werden. Außerdem können krankenhausindividuelle Zuschläge für die Mehrkosten der Pflegepersonaluntergrenzen vereinbart werden, die nicht bereits anderweitig finanziert sind.

Über die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge hat der Ausschuss für Gesundheit wie folgt abgestimmt:

Die **Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 18(14)249.1neu** und **18(14)249.2neu** wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. angenommen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die **Fraktion der CDU/CSU** verwies darauf, dass das Kerngesetz die Etablierung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten beinhalte. Damit schaffe man ein datenschutzkonformes Instrument zur besseren und schnelleren Bekämpfung und Verhütung von Infektionskrankheiten. Damit werde eine interaktive Datenabfrage ermöglicht. Mittelfristig werde der Aufwand für die Aufbereitung der Daten und die Veröffentlichung von Berichten reduziert. Der Mehraufwand beim Robert-Koch-Institut sei berechnet und benannt. Auf den vom öffentlichen Gesundheitsdienst befürchteten Mehraufwand müsse man achten. Sollte es wider Erwarten zu solchem Aufwand kommen, sei er mit den Mitteln der Bundesländer zu bewältigen. Der öffentliche Gesundheitsdienst könne seine Aufgaben nur erfüllen, wenn die Länder ihrerseits ihre Pflichten erfüllten. Zum Thema Impfberatung führte sie aus, dass weder die 2.500 Euro Ordnungsgeld noch die Berichtspflicht der Kindertagesstätten an die Gesundheitsämter die einzige Möglichkeit die Impfprävention zu stärken, darstellten. Impfungen müssten für alle verfügbar und zugänglich sein. Dies habe man bereits im Präventionsgesetz verankert. Die Berichtspflicht der Kindertagesstätten löse zusätzlich eine Chance zur verstärkten Erörterung des Impfens aus, was die Bereitschaft zum Impfen steigern könnte. Zum Beispiel sei es bei den Masern nicht so, dass jede unterbliebene Zweitimpfung ein Indiz für die prinzipielle Ablehnung von Impfungen sei. In der Regel sei nämlich eine Zustimmung zur ersten Impfung erfolgt und lediglich eine Nachlässigkeit eingetreten. Als Opposition könne man sicher argumentieren, die Regelung zu den Pflegeuntergrenzen komme zu spät oder falle zu gering aus. Eine weiterreichende Regelung habe aber niemand entwickelt. Das Gesetz schaffe außerdem die Möglichkeit weitere Expertise einzuholen und es gebe jetzt eine konkrete und politisch umsetzbare Lösung, welche die pflegesensitiven Bereiche aufgreife. Die Frage, ob die gesetzlichen Vorgaben zur Anwendung kommen, hänge nicht davon ab, ob eine der Vertragsparteien die Einleitung des Schiedsverfahrens beantrage, da von einem Antragserfordernis abgesehen wurde. Damit werde deutlich gemacht, dass die Präferenz bei der Durchsetzung des gesetzgeberischen Willens liege.

Die **Fraktion der SPD** erinnerte an die EHEC-Vorfälle mit 4.000 Erkrankungs- und 50 Todesfällen im Jahr 2011. Es sei deshalb sehr wichtig, dass mit dem Gesetz Klarheit im Hinblick auf den Meldeweg, den Meldeinhalt und die Meldefristen geschaffen und der Informationsaustausch verbessert werde. Die Frage, ob Kindertagesstätten dazu verpflichtet werden sollen, die Sorgeberechtigten, die keine Impfberatung nachweisen können, an das örtliche Gesundheitsamt zu melden, sein intensiv beraten worden. Im Ergebnis sei diese Meldung aber praktikabel. Das mögliche Ordnungsgeld von bis zu 2.500 Euro für Verstöße gegen die Pflicht zum Nachweis einer Impfberatung sei darüber hinaus bereits Bestandteil des geltenden Infektionsschutzgesetzes und stelle keine Neuerung dar. Mit den Personaluntergrenzen werde ein erster, wichtiger Schritt gegangen. Es sei festzustellen, dass nicht nur GKV-Spitzenverband und DKG verhandeln würden. Vielmehr würden die Pflegeverbänden und Gewerkschaften sowie die Patientenverbände und die wissenschaftlichen medizinischen Fachverbände umfangreich in die Beratungen einbezogen. Die Regelungen würden insgesamt von den Gewerkschaften begrüßt. Gut sei, dass Intensivpflege nun grundsätzlich als pflegesensitiv gelte. Der Sanktionsmechanismus sei klar geregelt und es seien Maßnahmen getroffen worden, um Personalverlagerungen zuvor zu kommen. Dies trage dazu bei, die Personalausstattung in den Krankenhäusern durch gut ausgebildetes und motiviertes Personal zu verbessern.

Die **Fraktion DIE LINKE.** wies darauf hin, dass die Regelungen zu den Meldewegen größtenteils zweckmäßig und nicht zu beanstanden seien. Es gebe aber an einigen Stellen Bedenken, beispielsweise wenn die Aufgabe auf den öffentlichen Gesundheitsdienst übertragen werde, der in einzelnen Ländern ohnehin unterfinanziert sei. Zu begrüßen sei, dass durch den Protest in der Pflege das Thema Pflegepersonalbemessung erstmals Eingang in ein Gesetz gefunden habe. Allerdings sei das geplante Verfahren zu langsam, zu spät und bringe zudem nicht das erhoffte Ergebnis. Die anhand des Gutachtens eingezogenen Leitplanken seien willkürlich. Beispielsweise sei die Quartilslösung sehr nah an den Zielen der Förderung mit 6.600 Stellen. Dies stelle eine Punktlandung wenn nicht sogar eine gezielte Auftragsforschung dar. Andere Berechnungen hätten einen Stellenbedarf von 70.000 – 100.000 ermittelt. Das Verfahren greife erst 2019 und die zur Umsetzung Beauftragten, GKV-Spitzenverband und DKG, hätten ohnehin wenig Interesse an der Verwirklichung der Ziele. Bei der notfalls geplanten Umsetzung per Ersatzvornahme durch das BMG werde es sehr darauf ankommen, wer nach der Bundestagswahl Gesundheitsminister werde. Es sei positiv zu erwähnen, dass die pflegesensitiven Bereiche um die Intensivstationen ergänzt worden seien. Dennoch bleibe es ein schwammiger Begriff.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** konzentrierte sich auf den Bereich der Personaluntergrenzen, da dieser die größte Außenwirkung entfalte. Insgesamt handele es sich um eine Pseudoverbesserung, da der Pflegefachkräftemangel bereits lange bekannt sei, die Regelungen aber erst ab 2019 greifen würden. Auch das Ergebnis der Evaluation, wieviel Personal für eine gute Pflege notwendig sei, sei fraglich, da keine konkrete Zahl, sondern

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

lediglich eine Variable herauskomme. Zu kritisieren sei auch, dass die konkreten Festlegungen von GKV-Spitzenverband und DKG getroffen würden. Beide Verbände hätten jedoch massive finanzielle Eigeninteressen. Zudem sei enttäuschend, dass es Verbesserungen nur für die besonders pflegesensitiven, jedoch nicht für die angliedernden Bereiche gebe. Man müsse sich umfangreich um die Pflege kümmern und nicht nur punktuelle Lösungen finden. Personaluntergrenzen stellten ohnehin nur das Mindestmaß dar und hätten nichts mit Bedarfsdeckung zu tun. Es bedürfe mehr Anreize zu mehr Pflegepersonal, um eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen. Mit dem Gesetz werde ein fatales Signal in Richtung Pflege ausgesandt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 18/10938 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

Zu den Buchstaben ga und gb

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Änderungen zu Artikel 1 Nummer 18a und 20.

Zu Nummer 9

Zu § 9 Absatz 1 Satz Nummer 1 Buchstaben f, g, h

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Änderung zu Artikel 1 Nummer 20.

Zu Nummer 9

Zu § 11 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe f

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Änderung zu Artikel 1 Nummer 20.

Zu Nummer 11

Zu § 14 Absatz 8 Satz 1 Nummer 2

In der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 soll nicht nur die Festlegung einer Nutzungsverpflichtung des elektronischen Melde- und Informationssystems durch Melde- und Benachrichtigungspflichtige ermöglicht werden, sondern zugleich festgelegt werden können, dass dabei nur (internetbasierte) Meldeportale oder elektronische (Zusatz-)Programme, die vom Robert Koch-Institut zugelassen sind, genutzt werden dürfen. Mit elektronischen Programmen sollen insbesondere auch Add-on/Plug-in-Programme gemeint sein. Softwarehersteller sollen nach § 291d Absatz 1a SGB V Programmierschnittstellen zu ihren Produkten bereitstellen, mit deren Hilfe Erweiterungen (Plug-ins) für diese Softwareprodukte integriert werden können. Denkbar sind aber auch eigenständige elektronische Programme. Das Robert Koch-Institut muss in die Lage versetzt werden, einheitliche technische Standards des Meldeverfahrens festlegen zu können. Im Rahmen des elektronischen Melde- und Informationssystems wird es für alle Melde- und Benachrichtigungspflichtigen die Möglichkeit geben, kostenlos Meldungen absetzen zu können (so ausdrücklich § 14 Absatz 1 Satz 4). Insbesondere für Melder mit hohem Meldeaufkommen, z. B. Labore, Ärzte je nach Fachrichtung, werden von Seiten des Robert Koch-Instituts kostenlos elektronische Programme (Plug-ins) zur Verfügung gestellt werden. Die jeweiligen Hersteller von Labor- und Arztsoftware können über diese elektronischen Programme mit dem elektronischen Melde- und Informationssystem kommunizieren. Ebenfalls soll für alle Melder die Möglichkeit der Kommunikation über (internetbasierte) Meldeportale bestehen. Außerdem soll die Alternative von Webportal-Lösung und Lösung über elektronische (Zusatz-) Programme einen gesetzlichen Niederschlag finden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a0

Der Bundesrat hat sich in Nummer 3 seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2017 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (vgl. Bundestags-Drucksache 18/11187) für eine bundeseinheitliche Definition des Begriffs "Einrichtungen für ambulantes Operieren" ausgesprochen, da sich diesbezüglich in den Ländern eine unterschiedliche Vollzugspraxis herausgebildet hat. Das Infektionsschutzgesetz enthält bisher keine Definition für Einrichtungen für ambulantes Operieren. Die in Anlage 4 der Bundestags-Drucksache 17/5708 enthaltenen Hinweise zur Auslegung des Begriffes sind angesichts der Entwicklung in den Ländern nicht konkret genug. Ein Rückgriff auf den auf der Grundlage von § 115b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe (Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) – AOP-Katalog) ist zur Auslegung des Begriffes nicht sinnvoll, da dieser Katalog nicht im Hinblick darauf erstellt wird, in welchem Ausmaß infektionshygienische Risiken bei den genannten Operationen bestehen.

Zu einer konkreteren Bestimmung des Begriffs der Einrichtung für ambulantes Operieren wird die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) beauftragt, Kriterien und Verfahren zu empfehlen, anhand derer Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren bezüglich des Infektionsrisikos der dort durchgeführten Operationen eingestuft werden sollten. Die Kriterien und Verfahren zur Einstufung der Einrichtungen für ambulantes Operieren gelten ausschließlich im Rahmen der infektionsschutzrechtlichen Regelungen (§ 23 sowie auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 erlassene Rechtsverordnungen der Länder). Für den Inhalt der diesbezüglichen Empfehlungen werden dementsprechend insbesondere das Infektionsrisiko in den Einrichtungen und die Hygienerelevanz der dort durchgeführten Eingriffe maßgeblich sein.

Zu Nummer 18a

Durch die Änderung der Überschrift des 6. Abschnitts wird klargestellt, dass dieser sich einerseits auf Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33) und andererseits auch auf weitere Einrichtungen und Unternehmen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 und Absatz 2 bezieht. Des Weiteren sind Vorschriften zum Infektionsschutz bei Personen enthalten, auch wenn diese sich nicht in bestimmten Einrichtungen aufhalten oder für bestimmte Unternehmen tätig sind.

Zu Nummer 20

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Durch die neue Überschrift wird verdeutlicht, dass § 36 Regelungen zum Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen enthält.

Zu Buchstabe b (Absätze 1 und 2)

In Absatz 1 Nummer 2 wird nunmehr auf nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende voll- oder teilstationäre Einrichtungen Bezug genommen, die dem Zweck dienen, ältere, behinderte oder pflegebedürftige Menschen zu betreuen (das beinhaltet auch eine etwaige Versorgung) und unterzubringen. Die bisherige im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten enthaltene Bezeichnung „Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime“ ist veraltet und wird daher ersetzt. Unter die voll- oder teilstationären Einrichtungen fallen insbesondere solche nach § 71 Absatz 2 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI). Die Vorschrift ist jedoch ausreichend offen formuliert, um auch nicht unter diese Vorschrift fallende Einrichtungen zu erfassen, bei denen jedoch ein entsprechendes Bedürfnis nach innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene und zur infektionshygienischen Überwachung besteht. Bei Einrichtungen, die bereits unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallen, ist § 23 vorrangig.

In Absatz 1 Nummer 7 wird geregelt, dass Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 SGB XI nicht zu den Dienstleistungen zählen, die nach Nummer 7 mit Angeboten in Einrichtungen nach Nummer 2 vergleichbar sind.

In Absatz 2 wird ebenso wie in Absatz 1 Nummer 7 von Unternehmen anstatt bisher von Gewerbe gesprochen, um damit eine einheitliche Terminologie herzustellen und auszudrücken, dass eine Gewinnerzielungsabsicht in jedem Fall nicht Voraussetzung eines solchen Unternehmens sein muss.

Zu Buchstabe e (Absatz 5 und 6)

In Buchstabe e wird die Terminologie innerhalb der Vorschrift vereinheitlicht (vorlegen statt vorweisen) und der bisherige Satz 6 zugunsten der Regelung in Absatz 6 gestrichen.

In Buchstabe e wird der neue Absatz 6 eingefügt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird danach ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass Personen, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind und die wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für eine bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheit (oder mehrere Krankheiten) ausgesetzt waren, vor oder nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei Ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer solchen schwerwiegenden übertragbaren Krankheit vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist (Satz 1). Einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sein können beispielsweise Personen, die sich in Ausbruchsgebieten aufhielten und die wahrscheinlich mit erkrankten Personen in Kontakt gekommen sein können. Insbesondere vor dem Hintergrund weltweit erhöhter Migrationsbewegungen und Flüchtlingsströme ist es notwendig, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erforderlichenfalls per Rechtsverordnung einreisende Personen aus Hochprävalenzgebieten einem Verfahren entsprechend den Absätzen 4 und 5 zu unterziehen, auch wenn die betroffenen Personen nicht in einer der dort genannten Einrichtungen aufgenommen werden. Es liegt im Ermessen des Verordnungsgebers, die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses bereits vor Einreise oder aber zumindest nach der Einreise zu fordern.

In der Rechtsverordnung nach Satz 1 müssen die näheren Einzelheiten bestimmt werden. Dies umfasst etwa die betroffenen Personengruppen (Personen aus Hochprävalenzgebieten) und die Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 oder der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 (Satz 3). Hierbei kann das Robert Koch-Institut Empfehlungen abgeben (Satz 4). Satz 5 sieht für dringende Fälle vor, dass zum Schutz der Bevölkerung die Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden kann. Personen, die ein ärztliches Zeugnis vor der Einreise nicht vorlegen, sind verpflichtet, nach der Einreise unverzüglich das ärztliche Zeugnis vorzulegen oder eine entsprechende ärztliche Untersuchung zu dulden.

Zu Buchstabe f (Absatz 7)

Buchstabe f ist als Folgeänderung des neuen Absatzes 6 zu betrachten.

Zu Nummer 22

Der Bundesrat hat sich in Nummer 7 seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2017 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (vgl. Bundestags-Drucksache 18/11187) dafür ausgesprochen, die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Festlegung von Anforderungen an Wasser in Schwimm- oder Badebecken und in Schwimm- oder Badeteichen nicht auf die Länder zu übertragen. Aufgrund des darin zum Ausdruck kommenden Wunsches der Länder nach einer bundeseinheitlichen Rechtsverordnung führt die Prüfung der Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass es einer Übertragung der Rechtsverordnungsermächtigung auf die Länder nicht bedarf.

Zu Nummer 23a

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Änderung setzt in abgewandelter Form die in Nummer 8 der Stellungnahme des Bundesrates vom 10. Februar 2017 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (vgl. Bundestags-Drucksache 18/11187) vorgeschlagene Änderung um, die verhindern soll, dass die vom Gesetzgeber unter den Voraussetzungen des § 45 Absatz 1 gewollte Ausnahme von der Erlaubnispflicht nur wegen der Teilnahme an sog. Ringversuchen, die in anderen Regelungen vorgesehen ist, nicht zum Tragen kommen kann.

Abweichend von der vom Bundesrat vorgeschlagenen Formulierung zur Änderung des § 45 Absatz 2 werden ausschließlich von der jeweiligen Berufskammer vorgesehene Maßnahmen privilegiert, um den Ausnahmetatbestand zielgenau und eng zu fassen. Die Bezeichnung der von der Erlaubnispflicht befreiten Maßnahmen wird an den Wortlaut von § 45 Absatz 2 Nummer 1 und 2 angeglichen. Außerdem macht die Formulierung deutlich, dass die von der Erlaubnispflicht befreiten Maßnahmen selbst nicht alle Voraussetzungen nach § 45 Absatz 1 erfüllen müssen. Bei der Teilnahme an sog. Ringversuchen sind die angewendeten Verfahren nicht auf eine primäre kulturelle Anzucht beschränkt und können auf den spezifischen Nachweis von meldepflichtigen Krankheitserregern gerichtet sein.

Zu Nummer 25a

Die Änderung soll ergänzend zu der Änderung zu Nummer 23a die Erlaubnisfreiheit der Teilnahme an sog. Ringversuchen zur Qualitätssicherung gewährleisten. Sie entspricht der Stellungnahme des Bundesrates.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 1

Der Wortlaut der Regelung wird entsprechend Nummer 9 der Stellungnahme des Bundesrates vom 10. Februar 2017 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (vgl. Bundestags-Drucksache 18/11187) an den Wortlaut des § 11 Absatz 3 Satz 1 angepasst.

Zu Artikel 8a

Die Absätze 1 und 1a verfolgen das Ziel, die Integration offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Krankenhäuser (Praxisverwaltungssysteme und Krankenhausinformationssysteme), die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden, voranzubringen. Dazu wird eine Verpflichtung aufgenommen, dass die Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel in informationstechnische Systeme zu integrieren sind (Absatz 1 Satz 1). Diese Integration hat nach Absatz 1 Satz 2 innerhalb einer zweijährigen Umsetzungsfrist zu erfolgen und beginnt mit Aufnahme der jeweils getroffenen Festlegungen nach den Absätzen 2 bis 4 in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e (§ 291d Absatz 6).

Voraussetzung für den Einsatz von Praxisverwaltungssystemen bzw. Krankenhausinformationssystemen in der vertragsärztlichen Versorgung, der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Krankenhaus ist eine Bestätigung der für den jeweiligen Versorgungsbereich zuständigen Organisation nach den Absätzen 2 bis 4, dass das System die für den jeweiligen Versorgungsbereich getroffenen Festlegungen erfüllt (Absatz 1 Satz 3).

Nach Absatz 1a Satz 1 sind in informationstechnische Systeme Schnittstellen für solche elektronische Programme zu integrieren, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 für die Verordnung von Arzneimitteln und die aufgrund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zur Durchführung von Meldungen und Benachrichtigungen zugelassen sind. Dies ist erforderlich, um unabhängig vom jeweils genutzten Praxisverwaltungssystem entsprechende elektronische Programme nutzen zu können. Mit der entsprechenden Geltung des Absatzes 1 ist sowohl die Verpflichtung zur Schnittstellenintegration (Absatz 1 Satz 1), als auch die zeitliche Umsetzungsfrist (Absatz 1 Satz 2) erfasst, von der allerdings nach Satz 4 Abweichungen möglich sind. Entsprechend Absatz 1 Satz 3 ist nach erfolgter Schnittstellenintegration auch hier eine Bestätigung der informationstechnischen Systeme erforderlich.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bei den jeweiligen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 zugelassen sind, sind die Vorgaben nach § 73 Absatz 9 und der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 zu berücksichtigen (Absatz 1a Satz 2). Bei den Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen nach den Absätzen 2 bis 4 für elektronische Programme, die aufgrund der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zugelassen sind, sind die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu berücksichtigen und ist ein Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut herzustellen (Absatz 1a Satz 3).

Die Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 und die Rechtsverordnung nach § 14 Absatz 8 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes können zudem einen von Absatz 1 Satz 2 abweichenden Zeitpunkt festlegen, ab dem offene und standardisierte Schnittstellen für die entsprechenden elektronischen Programme zu integrieren sind (Absatz 1a Satz 4).

Um auf weitere Erfordernisse für offene und standardisierte Schnittstellen in Zukunft reagieren zu können, erhält das Bundesministerium für Gesundheit eine Ermächtigung zur Festlegung von Fristen für die Integration weiterer Schnittstellen im Verordnungswege (Absatz 1b).

Zu Artikel 8b

Der neue § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen vor. Dies ist eine wesentliche Konsequenz aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“. Nach dem in der Begründung zum Gesetzentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 62, Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe jj) festgelegten Arbeitsauftrag sollte die Expertinnen- und Expertenkommission prüfen, ob im Diagnosis Related Groups (DRG)-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung (Themenkomplex 1) und der allgemeine Pflegebedarf (Themenkomplex 2) in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden, und ggf. Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Zudem sollte sich die Expertinnen- und Expertenkommission der Frage widmen, auf welche Weise die Verwendung der nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms zur Verfügung gestellten Finanzmittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro für die Finanzierung von Pflegepersonal sichergestellt werden kann (Themenkomplex 3).

Aus den am 7. März 2017 vorgelegten Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission ergibt sich kurzfristiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf bezüglich der Themenkomplexe 2 und 3 zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung. Die Erfahrungen, die in anderen Staaten mit Personalmindeststandards gemacht worden sind, zeigen, dass diese eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern sind.

Zu Absatz 1

Gemäß Satz 1 werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und in diesen pflegesensitiven Bereichen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Pflegepersonaluntergrenzen spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, verbindlich zu vereinbaren. Bei diesen Pflegepersonaluntergrenzen handelt es sich um Verhältniszahlen, die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden. Nach Satz 2 sind bei der Ermittlung dieser Verhältniszahlen alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen, das heißt unterschiedslos zu berücksichtigen. Unterschiede etwa hinsichtlich des Versicherungsstatus spielen daher für die Bildung der Verhältniszahlen keine Rolle. Die Pflegpersonaluntergrenzen gelten gemäß Satz 3 nicht für die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, da die entsprechenden Mindestvorgaben für diese Einrichtungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Von der Vereinbarung ist insbesondere Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu erfassen (vgl. § 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG). Dazu zählen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen mit mindestens drei Jahren Berufsausbildung, zusätzlich können beispielsweise auch ergänzend Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden. Die zu treffenden Vorgaben sind im Verhältnis Patient pro Pflegekraft als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios“, darzustellen.

Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse evident ist. Dies bedeutet, dass pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse anfällig sind, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt.

Nach Satz 4 sind zur Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung in den pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensiveinheiten sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass Intensiveinheiten bettenführende eigene Abteilungen oder auch einzelne Betten in anderen, eigenen Fachabteilungen sein können. In begründeten Fällen können auch für Intensiveinheiten, die außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen liegen, sich aber dennoch ihrerseits als pflegesensitiv erweisen, von den Vertragsparteien nach Satz 1 Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass auch für Intensiveinheiten in nicht pflegesensitiven Bereichen, in Fällen festgestellter Pflegesensitivität, Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden können, ohne dass dadurch die grundsätzliche Beschränkung auf pflegesensitive Bereiche aufgegeben wird. Die Berücksichtigung der Besetzung im Nachtdienst gilt für die festzulegenden pflegesensitiven Bereiche; sie kann, in begründeten Fällen, auch in anderen Bereichen erfolgen.

In Satz 5 wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach Satz 1 bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungen aus anderen Krankenhausbereichen, sogenannter Substitutionseffekte, vorzusehen haben. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine Verschlechterung der Versorgungsqualität in diesen anderen Bereichen nicht eintritt. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen darf folglich nicht zu Lasten der Personalausstattung in anderen Bereichen gehen. Ein Hinweis auf mögliche Substitutionseffekte kann beispielsweise dann gegeben sein, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche erkennbar verringert hat. Bei der Beurteilung, ob es zu unzulässigen Personalverlagerungen kam, ist auch die unterschiedliche Pflegepersonalausstattung der jeweiligen Krankenhäuser in der Ausgangslage zu berücksichtigen.

Gemäß Satz 6 bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 zwingend notwendige Ausnahmetatbestände und notwendige Übergangsregelungen. Damit wird sichergestellt, dass bei Wahrung der Verbindlichkeit der Pflegepersonaluntergrenzen Fälle ihrer unverschuldeten Nichteinhaltung Berücksichtigung finden. In Betracht kommen dabei etwa kurzfristige Personalengpässe sowie starke Erhöhungen der Patientenzahl durch unvorhersehbare Ereignisse (beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse). Notwendige Übergangsregelungen sind von Bedeutung in Fällen wesentlicher Umsetzungshindernisse, die von der einzelnen Einrichtung nicht zu beeinflussen sind, wie beispielsweise ein etwaiger Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt. Das Vorliegen eines unverschuldeten Ausnahmetatbestandes sowie die Voraussetzungen einer Übergangsregelung hat das jeweilige Krankenhaus in geeigneter Weise nachzuweisen.

Nach Satz 7 haben die Vertragsparteien nach Satz 1 für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen zu bestimmen. Hierdurch soll die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gefördert werden. Denkbar ist als zusätzliche Maßnahme etwa auch die Festlegung von Anhörungs- und Konsultationsverfahren. Beispielsweise könnte bei Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen das Krankenhaus in einem solchen Konsultationsverfahren darlegen, inwieweit die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes gegeben sind. Zu den vorzusehenden Vergütungsabschlägen haben die Vertragsparteien nach Satz 1 eine Vereinbarung über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Abschläge auf Grundlage der Vorgaben aus Absatz 1 zu treffen. Der Verweis auf § 11 KHEntgG stellt klar, dass die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene für die Vereinbarungen der Vertragspartner auf Ortsebene verbindlich sind. Die auf der Bundesebene von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten Vergütungsabschläge sind daher unter Berücksichtigung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Vorgaben von Absatz 5 von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für das einzelne Krankenhaus umzusetzen. Der Vergütungsabschlag wird entgeltrechtlich nach § 8 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG durch einen Abschlag auf die Fallpauschalen und Zusatzentgelte vorgenommen.

Angesichts des vorgesehenen Zeitrahmens bis Mitte 2018 und des Ziels einer erfolgreichen Festsetzung durch die Selbstverwaltung sind bei der Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen sowohl wissenschaftliche als auch typisierend-normative Ansätze denkbar. Vor diesem Hintergrund steht es nach Satz 8 im Ermessen der Vertragsparteien nach Satz 1, ob sie im Bedarfsfall zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie der Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen.

Satz 9 sieht vor, dass bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Deutsche Pflegerat, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. qualifiziert zu beteiligen sind. Das bedeutet, dass den vorgenannten Verbänden in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist. Ihre Stellungnahmen sind zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Durch diese qualifizierte Form der Beteiligung ohne Mitentscheidung wird unterstützt, dass praxisnahe Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis der erforderlichen Expertise erarbeitet werden.

Gelingt es den Vertragsparteien nach Satz 1 nicht, eine Vereinbarung über die Höhe und nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen nach Satz 7 bis zum 30. Juni 2018 zu schließen, trifft nach Satz 10 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG innerhalb von sechs Wochen ohne Antrag die ausstehenden Entscheidungen. Soweit das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit von Krankenhausträgern dadurch berührt sein kann, dass die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei entscheidet, ist dies durch sachliche Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt. Das Zustandekommen einer Vereinbarung zu Vergütungsabschlägen ist erforderlich, damit die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen mit einer spürbaren Sanktion verknüpft werden kann. Andernfalls stünde es den Krankenhäusern faktisch frei, ob sie die Pflegepersonaluntergrenzen anwenden. Die Frage, ob die gesetzlichen Vorgaben zur Anwendung kommen, kann aber nicht davon abhängen, ob eine der Vertragsparteien die Einleitung des Schiedsverfahrens beantragt. Zur Durchsetzung und Beschleunigung der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen wird daher von einem Antragserfordernis für die Einleitung des Schiedsverfahrens abgesehen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die notwendigen Verfahrensregelungen, um eine fristgerechte Vereinbarung der Pflegepersonaluntergrenzen sicherzustellen. Hierzu wird insbesondere eine ständige fachliche Begleitung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten vorgesehen. Die Regelungen sind teilweise an das in § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelte wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Pflegeeinrichtungen angelehnt.

Satz 1 sieht vor, dass bei der Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 steht und auch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten bei den Verfahrensschritten nach den Sätzen 4 bis 6 beteiligt. So informiert das Bundesministerium für Gesundheit den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten über den vorgelegten Zeitplan und den Bearbeitungsstand und stellt ihm den Zwischenbericht nach Satz 6 zur Verfügung. In Satz 2 ist geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der fachlichen Begleitung des Vereinbarungsprozesses bei geeigneten Fragestellungen zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auch Aufträge an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vergeben kann. Eine entsprechende Anwendung der Finanzierungsregelung des § 137a Absatz 4 Satz 3 SGB V ist vorgesehen. Nach Satz 3 ist das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt, an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Satz 4 regelt, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich, spätestens bis zum 31. August 2017, einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vorzulegen haben. Gemäß Satz 5 sind sie verpflichtet,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans gefährdet sind, und auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen nach Absatz 1 zu erteilen und mögliche Lösungen für Probleme vorzulegen, die dem Abschluss einer Vereinbarung im Weg stehen. Satz 6 sieht vor, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2018 einen Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vorzulegen haben.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 Satz 1 erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates, wenn die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt, soweit diese Vorgaben nicht nach Absatz 1 Satz 10 oder Absatz 4 Satz 5 durch die Bundesschiedsstelle festgelegt werden. Wie auch im Fall von Absatz 1 Satz 1 sollen die vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung erlassenen Vorgaben zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. Satz 2 stellt sicher, dass das Bundesministerium für Gesundheit die erforderliche Expertise zum Erlass der Vorgaben nach Absatz 1 auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 durch in Auftrag zu gebende Datenerhebungen, Auswertungen, insbesondere Datenauswertungen, oder Sachverständigengutachten einholen kann. Die Regelung in Satz 3 konkretisiert dies dahingehend, dass insbesondere, und damit nicht nur, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das IQTIG mit Auswertungen und Sachverständigengutachten beauftragt werden können. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Absatz 1 erlässt und in diesem Zusammenhang das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die für das Institut in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu decken, der bei Bedarf entsprechend zu erhöhen ist. Für das IQTIG kann eine Finanzierung entsprechend § 137a Absatz 4 Satz 3 SGB V erfolgen.

Zu Absatz 4

Durch Absatz 4 werden die Krankenhäuser verpflichtet, ab dem Jahr 2019 durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde die Einhaltung der nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten Vorgaben nachzuweisen. Die Prüfung wird im Regelfall anhand der Dokumentation über den jeweiligen Personaleinsatz erfolgen. Entsprechende Dokumentationspflichten werden zeitgleich mit den Vorgaben nach Absatz 1 von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart. Nach Satz 2 vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu diesem Zweck mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die nähere Ausgestaltung der Nachweise. Die Nachweise können auf einer Jahresdurchschnittsbetrachtung basieren, soweit mindestens sichergestellt ist, dass die Besetzung je Schicht erkennbar ist. Bei der Ausgestaltung des Nachweises ist zu berücksichtigen, dass nach Absatz 1 Satz 5 Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen (Substitutionseffekte) zu vermeiden sind. Dabei können sich die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auch an ähnlichen, bereits in anderen Bereichen getroffenen Vereinbarungen orientieren. Sie sollen insbesondere prüfen, inwieweit die Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser für den Nachweis genutzt werden können und gegebenenfalls die Anforderungen an die Qualitätsberichte entsprechend über den Gemeinsamen Bundesausschuss anzupassen sind, damit diese zukünftig dafür nutzbar gemacht werden können. Gemäß Satz 3 übermitteln die Krankenhäuser den Nachweis zum 30. Juni jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 benötigen die im Nachweis enthaltenen Informationen insbesondere für den nach Absatz 7 bis zum 31. Dezember 2022 dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit vorzulegenden wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen. Die Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 KHEntgG benötigen diese Informationen, um die nach Absatz 1 Satz 7 bestimmten Vergütungsabschläge nach Absatz 5 vorzusehen und etwa das Vorliegen von Ausnahmetatbeständen oder die Voraussetzungen für die Anwendung einer Übergangsregelung vor Ort identifizieren zu können. Die Länder benötigen diese Informationen, um in die Lage versetzt zu werden, bei einer Unterschreitung von Personaluntergrenzen ggf. auch Konsequenzen in der Krankenhausplanung ziehen zu können. Satz 4 regelt, dass die Krankenhäuser den Erfüllungs-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

grad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, in ihren Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzustellen haben. Auf diese Weise wird Transparenz insbesondere gegenüber den Patientinnen und Patienten geschaffen. Nachzuweisen ist das tatsächlich vorhandene Personal, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen. Gelingt es den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz nicht, eine Vereinbarung über die nähere Ausgestaltung der Nachweise bis zum 30. Juni 2018 zu schließen, trifft nach Satz 5 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG innerhalb von sechs Wochen ohne Antrag die ausstehenden Entscheidungen. Um ein zeitnahes Zustandekommen der Entscheidung der Schiedsstelle sicherzustellen, wird von einem Antragserfordernis für die Einleitung des Schiedsstellenverfahrens abgesehen. Ohne zeitnahes Vorliegen dieser Entscheidung könnte nicht festgestellt werden, ob die Pflegepersonaluntergrenzen von den Krankenhäusern eingehalten werden und ob es zu Personalverlagerungen in pflegesensitive Bereiche gekommen ist, sodass die Pflegepersonaluntergrenzen unterlaufen werden. Die Notwendigkeit der Durchsetzung und Beschleunigung der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen rechtfertigt einen möglichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit von Krankenhausträgern auf Grund des Fehlens eines Antragserfordernisses.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Anwendung des von den Vertragsparteien auf Bundesebene oder vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmten Vergütungsabschlags auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren einen Vergütungsabschlag, wenn ein Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3 nicht einhält, ohne dass eine nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmte Ausnahme einschlägig ist oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 vorgesehenen Übergangsregelung erfüllt sind. Hierdurch soll der Anreiz für die Krankenhäuser, die Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten, verstärkt werden.

Zu Absatz 6

Da sich die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach Absatz 1 auf Untergrenzen von Pflegepersonal zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität bezieht, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die mit diesen Untergrenzen verbundene Pflegepersonalausstattung bereits mit den bestehenden Entgelten ausfinanziert ist. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Selbstverwaltungspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit Pflegepersonaluntergrenzen in einzelnen pflegesensitiven Bereichen so festlegen, dass sie durch die bestehenden Entgelte jedenfalls zum Teil noch nicht in vollem Umfang abgedeckt werden. Absatz 6 sieht daher eine differenzierte Finanzierungsregelung im Hinblick auf die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vor. Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser zielen darauf ab, gefährlichen Situationen in der pflegerischen Versorgung entgegen zu wirken. Durch Pflegepersonaluntergrenzen für entsprechend pflegesensitive Bereiche soll das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden.

Grundsätzlich ist der für die Versorgung erforderliche Pflegepersonalaufwand bereits in der Kalkulation des DRG-Systems berücksichtigt. Zudem wird zusätzlich zu den Entgelten des DRG-Systems seit dem Jahr 2017 ein Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro gezahlt, der allgemeinen Krankenhäusern zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung als Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung dienen soll. Auch die nach § 8 Absatz 10 KHEntgG ab dem Jahr 2019 vorzunehmende Erhöhung des Pflegezuschlags um die zweckentsprechend verwendeten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms kommt der verbesserten pflegerischen Versorgung zu gute.

Sofern allerdings durch die Festlegungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 3 in bestimmten Fällen eine anderweitige Finanzierung eines entstehenden finanziellen Mehraufwands von Pflegepersonaluntergrenzen, insbesondere über die Entgelte des DRG-Systems, Zuschläge, krankenhausindividuelle Entgelte oder Entgelte auf der Grundlage des SGB V, nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, sieht Absatz 6 vor, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 eine Rahmenvereinbarung zur Berücksichtigungsfähigkeit von Mehrkosten durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu treffen haben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Sofern eine nach Satz 2 auszuschließende Doppelfinanzierung der festzulegenden Pflegepersonaluntergrenzen nicht vorliegt, haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auf der Grundlage von Auswertungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die personellen und finanziellen Folgen einer festgelegten Pflegepersonaluntergrenze abzuschätzen und zu vereinbaren, welche Mehrkosten zur Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in Art und Umfang von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c KHEntgG zu berücksichtigen sind. Damit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die erforderlichen Auswertungen durchführen kann, wird der Datensatz nach § 21 KHEntgG um Strukturdaten zur Zahl der in der Pflege beschäftigten Vollkräfte insgesamt sowie zur Zahl der Pflegevollkräfte in den noch festzulegenden pflegesensitiven Bereichen ergänzt. Zusätzlich sind für die Auswertung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus insbesondere Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser heranzuziehen. Maßgeblich für den zu vereinbarenden Umfang der Zuschläge ist, inwieweit die Mehrkosten für Pflegepersonaluntergrenzen noch nicht in den bereits bestehenden Entgelten enthalten sind. Diese Differenz ist durch Zuschläge nach § 5 Absatz 3c KHEntgG zu finanzieren. Im Hinblick auf die Bedeutung von Pflegepersonaluntergrenzen zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität haben die Selbstverwaltungspartner dabei zu gewährleisten, dass die Finanzierung allen Krankenhäusern zu Gute kommt, und dass Krankenhäuser, die die Untergrenzen bislang nicht eingehalten haben, nicht gegenüber Krankenhäusern finanziell bevorteilt werden, die die Pflegepersonaluntergrenzen bereits in der Vergangenheit erfüllt haben.

Gelingt es den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweils maßgeblichen pflegesensitiven Bereiche nicht, eine Rahmenvereinbarung zu den finanziellen Folgen der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze zu schließen, entscheidet nach Satz 3 auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG. Die Einzelheiten der unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Zuschläge ergeben sich aus § 5 Absatz 3c KHEntgG.

Nach Ablauf der von den Selbstverwaltungspartnern zu vereinbarenden Übergangszeit (§ 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG) erfolgt die Finanzierung nicht länger über Zuschläge nach dem neuen § 5 Absatz 3c KHEntgG, sondern geht in die pauschale Krankenhausfinanzierung über. Hierzu gehen nach bereits geltender Rechtslage die vereinbarten Zuschläge erhöhend in den Landesbasisfallwert ein (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG), und die Kosten der Pflegepersonaluntergrenzen werden in der Kalkulation der Bewertungsrelationen berücksichtigt.

Zu Absatz 7

Nach Absatz 7 legen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor. Die Auswirkungen der neu festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen sollen möglichst zeitnah evaluiert werden.

Zu Artikel 8c

Die Änderungen sehen die Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum 1. Januar 2019 vor. Sie stehen im engen Zusammenhang mit dem neuen § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Überführung der Mittel stellt neben der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen eine wesentliche Konsequenz aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ dar. Nach dem in der Begründung zum Gesetzentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 62, Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe jj) festgelegten Arbeitsauftrag sollte die Expertinnen- und Expertenkommission prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten, bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung (Themenkomplex 1) und der allgemeine Pflegebedarf (Themenkomplex 2) in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und ggf. Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Zudem sollte sich die Expertinnen- und Expertenkommission der Frage widmen, auf welche Weise die Verwendung der nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms zur Verfügung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gestellten Finanzmittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen. Euro für die Finanzierung von Pflegepersonal sichergestellt werden kann (Themenkomplex 3).

Aus den am 7. März 2017 vorgelegten Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission ergibt sich kurzfristiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf bezüglich der Themenkomplexe 2 und 3 zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung.

Zur Erreichung dieser Ziele sind bundesgesetzliche Regelungen zur Wahrung der Rechtseinheit nach Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes erforderlich. Die vorgesehenen Regelungen sind Teil des Vergütungssystems der Krankenhäuser, das bisher schon bundesgesetzlich geregelt ist. Änderungen dieser Regelungen sind daher ebenso einheitlich vorzunehmen.

Zu Nummer 1

Die Änderung gewährleistet, die Entwicklung der durch das Pflegestellen-Förderprogramm neu geschaffenen und aufgestockten Stellen nach dem Ende der krankenhausindividuellen Vereinbarungsphase der Jahre 2016 bis 2018 auch noch in den sich unmittelbar anschließenden Jahren 2019 bis 2021 verfolgen zu können. Deshalb sind durch die Neufassung von § 4 Absatz 8 Satz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) übergangsweise auch noch für die Jahre 2019 bis 2021 vom Krankenhaus vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigende Informationen zur fortgesetzten Vorhaltung der im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms in den Jahren 2016 bis 2018 geschaffenen neuen Pflegestellen sowie zur jahresdurchschnittlichen Pflegestellenbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen. Da ab dem Jahr 2019 die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag überführt werden, ist für das Jahr 2019 und die nachfolgenden Jahre vom Krankenhaus keine Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln des Förderprogramms vorzunehmen. Indem sich der Pflegezuschlag vermindert, wenn ein Krankenhaus Pflegestellen abbaut, wird ein Anreiz für eine dauerhaft angemessene Pflegeausstattung gesetzt. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass die nach § 4 Absatz 8 Satz 9 erster Halbsatz KHEntgG vorzunehmende Mittelrückzahlung für in den Jahren 2016 bis 2018 nicht zweckentsprechend verwendete Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms hiervon unberührt bleibt.

Für die Jahre 2019 bis 2021 hat ferner auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seine jährlichen Berichte zur Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms vorzulegen. Hierfür haben die Krankenkassen weiterhin die Informationen nach Satz 11 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln.

Zugleich wird damit eine Folgeänderung im Hinblick auf die Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum 1. Januar 2019 vorgenommen. Denn durch die Änderung wird auch der Auftrag in § 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen, da die Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ dem Auftrag, bis spätestens zum 31. Dezember 2017 Vorschläge zur Überleitung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms zu erarbeiten, nachgekommen ist.

Zu Nummer 2

Wird auf der Grundlage von § 137i Absatz 6 SGB V eine Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen getroffen, so vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG in entsprechender Anwendung der bestehenden Mehrkostenregelung nach § 5 Absatz 3c Satz 1, 4 und 5 KHEntgG krankenhausindividuell die Höhe von befristeten Zuschlägen zur Finanzierung der Mehrkosten von Pflegepersonaluntergrenzen, deren Kosten nicht bereits anderweitig finanziert sind. Die Mehrkostenregelung kann damit Anwendung bei Abrechnung von Fallpauschalen und Zusatzentgelten sowie bei Abrechnung von krankenhausindividuellen Entgelten durch besondere Einrichtungen finden. Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG haben dabei die nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG zu treffenden Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene, insbesondere zur möglichen Erhebungsdauer der befristeten Zuschläge, zu beachten. Durch § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 KHEntgG ist gewährleistet, dass die für die Finanzierung der Mehrkosten vereinbarten befristeten Zuschläge nach Ablauf der krankenhausindividuellen Vereinbarungsphase erhöhend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind, soweit die Mittel nicht in Zusatzentgelte überführt werden. Zugleich ist durch § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG gewährleistet, dass in diesem Fall die vollständige Überführung der krankenhausindividuell vereinbarten Zuschlagssumme nicht durch die maßgebliche Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwertes begrenzt wird.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der neue § 137i SGB V in § 8 Absatz 4 berücksichtigt. Die Regelung sieht vor, dass in den von den Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V in den nach § 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V zu vereinbarenden oder in den vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 137i Absatz 3 SGB V festzulegenden Fällen von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten zukünftig Abschläge vorzusehen sind, wenn die zu vereinbarenden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen von einem Krankenhaus nicht eingehalten werden. Die für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu vereinbarenden Pflegepersonaluntergrenzen stellen eine gesetzlich vorgesehene Verpflichtung zur Qualitätssicherung dar. Kommen Einrichtungen, die krankenhausindividuelle Entgelte abrechnen, dieser Verpflichtung zur strukturellen Qualitätssicherung nicht nach, sind die Abschläge im Rahmen der krankenhausindividuellen Entgeltverhandlungen zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung sieht vor, die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms zum 1. Januar 2019 durch eine Erhöhung des Pflegezuschlags nach § 8 Absatz 10 KHEntgG in die Regelfinanzierung zu überführen. Damit werden die auf der Grundlage der Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ Anfang März 2017 gezogenen Schlussfolgerungen umgesetzt. Die bislang für den Pflegezuschlag zur Verfügung stehende Fördersumme von bundesweit 500 Millionen Euro jährlich wird dazu ab dem Jahr 2019 um den Betrag der für das Jahr 2018 zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms (bis zu 330 Millionen Euro) erhöht. Zu berücksichtigen sind dabei ausschließlich die zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel. Deren Höhe ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach dem neuen § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG zu vereinbaren.

Durch den Einbezug der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag, der damit ab 2019 jährlich bis zu 830 Millionen Euro beträgt, wird mit möglichst geringem Bürokratieaufwand sichergestellt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel den Krankenhäusern zur Finanzierung von Pflegepersonal in Abhängigkeit von ihrer Personalausstattung zugutekommen und somit ein Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung gesetzt wird. Ziel ist dabei die Beibehaltung der bisher im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms geförderten Stellenzahlen. Dem dient die Übergangsregelung des § 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG zur Nachweispflicht.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Wird auf der Grundlage von § 137i Absatz 6 SGB V eine Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen getroffen, so haben zukünftig nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere Vorgaben zur möglichen Erhebungsdauer der von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbarenden befristeten Zuschläge zu treffen.

Zu den Buchstaben b und c

Die Ergänzung der Aufzählung des § 9 Absatz 1a KHEntgG gibt vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene das Finanzvolumen der für das Jahr 2018 zweckentsprechend verwendeten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 4 Absatz 8 KHEntgG zum Zwecke der Überleitung in den Pflegezuschlag zu ermitteln haben. Um den nahtlosen Übergang der Mittel im Jahr 2019 zu gewährleisten, ist die Vereinbarung spätestens bis zum 31. Oktober 2018 zu treffen. Da das Pflegestellen-Förderprogramm zu diesem Zeitpunkt noch andauert und somit das voraussichtliche Finanzvolumen für das Jahr 2018 noch nicht endgültig ermittelt werden kann, sieht das Gesetz eine gegebenenfalls erforderliche Korrektur einer Fehlschätzung in den Folgejahren vor. Dabei ist auch zu berücksichtigen, ob eine zweckentsprechende Verwendung der Zuschläge nach § 4 Absatz 8 Satz 6 KHEntgG erfolgt

ist. Soweit sich aus den von den Krankenhäusern vorzulegenden Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer ergibt, dass Fördermittel des Pflegestellen-Förderprogramms für das Jahr 2018 nicht zweckentsprechend verwendet wurden und insoweit zurückzuzahlen sind, ist dies beim Ausgleich der Fehlschätzung ebenfalls zu berücksichtigen. Maßgeblich ist somit nicht das Volumen der für das Jahr 2018 vereinbarten Zuschläge, sondern das Volumen der für das Jahr 2018 zweckentsprechend eingesetzten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Der Strukturdatensatz nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 KHEntgG wird um Angaben des Krankenhauses zur Zahl der in der Pflege beschäftigten Vollkräfte insgesamt sowie zur Zahl der Pflegevollkräfte in den noch nach § 137i SGB V festzulegenden pflegesensitiven Bereichen erweitert. Sofern für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen neue pflegesensitive Bereiche nach § 137i SGB V festgelegt werden, sind auch für diese pflegesensitiven Bereiche Daten zu übermitteln. Die Daten werden, zusätzlich zu den bereits zu erhebenden Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser, benötigt, um auf repräsentativer und belastbarer Grundlage im Zusammenhang mit § 137i Absatz 6 SGB V prüfen zu können, inwieweit durch die festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Mehrkosten entstehen, die nicht bereits über die Entgelte des DRG-Vergütungssystems oder andere Entgelte abgedeckt sind. Gleichzeitig erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene dadurch eine Informationsgrundlage, um Personalverlagerungseffekte zu erkennen und ihnen bei Bedarf begegnen zu können. Schließlich sind die Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e auch für den von den Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V vorzulegenden Bericht nach § 137i Absatz 7 SGB V über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen zu nutzen.

Zu Buchstabe b

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, die konkret für die Erweiterung des Strukturdatensatzes nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zu übermittelnden Daten und die Einzelheiten der Datenübermittlung bis zum 31. Juli 2018 zu vereinbaren. Für die fachlichen Details der zu übermittelnden Daten und der Einzelheiten der Datenübermittlung erstellt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Konzept, das Grundlage für die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene ist. Damit zum Jahresende 2018 möglichst datenbasiert entschieden werden kann, ob entstehende Mehrkosten bereits anderweitig finanziert sind, ist für das Datenjahr 2018 zunächst für das erste Halbjahr 2018 eine unterjährige Datenlieferung vorzunehmen. Dabei ist auch der konkrete Übermittlungszeitpunkt im Zusammenhang mit den Einzelheiten der Datenübermittlung zu vereinbaren. Die Daten für das gesamte Kalenderjahr 2018 sind dann im regulären Verfahren nach § 21 Absatz 1 KHEntgG bis zum 31. März 2019 zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich nach Absatz 4 Satz 1 bei ihrer Vereinbarung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ins Benehmen zu setzen.

Berlin, den 31. Mai 2017

Rudolf Henke
Berichterstatter

Sabine Dittmar
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.